

BAB 2

TIJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Kehamilan

A. Konsep Kehamilan

Kehamilan merupakan hasil pembuahan sel telur dari perempuan dan sperma laki-laki, sel telur akan bisa hidup selama maksimal 48 jam, spermatozoa sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang bergerak memungkinkan untuk dapat menembus sel telur (konsepsi) sel-sel benih ini akan dapat bertahan kemampuan fertilisasinya selama 2-4 hari, proses selanjutnya akan terjadi nidasi, jika nidasi ini terjadi, barulah disebut adanya kehamilan. Pada umumnya nidasi terjadi di dinding depan atau belakang rahim dekat pada fundus uteri, semakin hari akan mengalami pertumbuhan, jika kehamilan berjalan secara normal semakin membesar dan kehamilan akan mencapai aterm (genap bulan) (Sunarti, 2013).

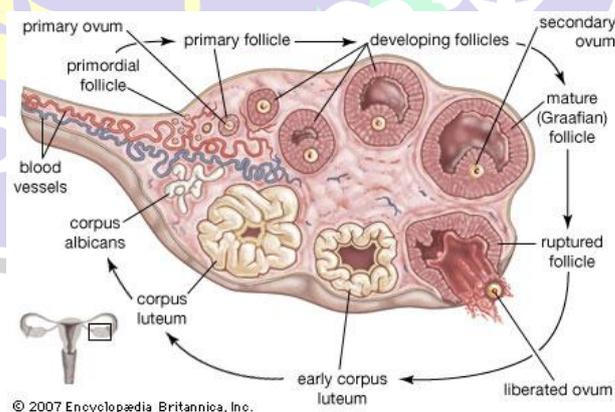
Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari/40 minggu, dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT). Kehamilan merupakan suatu proses yang terjadi antara paduan aspek : sperma, ovum, konsepsi. Masa kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa embrio atau fetus dalam tubuhnya. Awal kehamilan terjadi pada

saat sel telur perempuan lepas dan masuk kedalam saluran sel telur. Pada saat berhubungan, berjuta-juta cairan sel mani atau sperma dipancarkan oleh laki-laki dan masuk ke rongga rahim (Astuti, 2011).

B. Proses Kehamilan

1. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20-35 tahun, hanya 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi. Pengaruh hormon LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadilah pelepasan ovum yang disebut ovulasi. Pelepasan telur (ovum) hanya terjadi satu kali setiap bulan, sekitar hari ke-14 pada siklus menstruasi normal 28 hari (Bandiyah,2009).



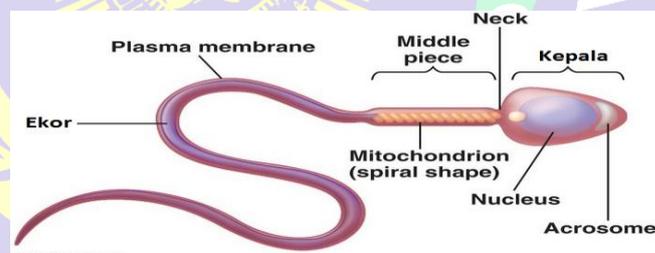
Gambar 2.1
Ovulasi

Sumber: Kuswati,2014.

2. Spermatozoa

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

Secara embrional, spermatogonium berasal dari sel-sel primitif tubulus testis. Setelah bayi laki-laki lahir, jumlah spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan sampai masa akil baliq. Pada masa pubertas di bawah pengaruh sel-sel interstitial leyding. Sel-sel spermatogonium ini mulai aktif mengadakan mitosis dan terjadilah spermatogenesis (Walyani, 2015).



Gambar 2.2
Sel sperma

Sumber: Kuswati, 2014.

3. Konsepsi

Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari haid pertama menstruasi terakhir.

Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan telur) yang terjadi dua minggu setelahnya (Kamariyah, 2014).

4. Nidasi/implantasi

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya/ bersarangnya sel telur yang telah dibuahi (fertilized egg) ke dalam endometrium. Sel telur yang telah dibuahi (zigot) akan segera membelah diri membentuk bola padat yang terdiri atas sel-sel anak yang lebih kecil yang disebut blastomer. Pada hari ke -3, bola tersebut terdiri atas 16 sel blastomer yang disebut morula. Pada hari ke-4 didalam bola tersebut mulai terbentuk rongga, rongga ini disebut blastula. Selanjutnya blastula masuk ke dalam endometrium dan pada hari ke-6 menempel pada endometrium. Pada hari ke-10 seluruh blastula sudah terbenam dalam endometrium dan demikian nidasi sudah selesai.

Nidasi terjadi mungkin karena trofoblast mempunyai daya untuk menghancurkan sel-sel endometrium. Hancuran endometrium dipergunakan sebagai bahan makanan oleh telur.

Tempat nidasi biasanya pada dinding depan dan dinding belakang di daerah fundus uteri.

Pembuluh darah endometrium pecah dan sebagian wanita akan mengalami perdarahan ringan akibat implantasi (bercak

darah atau perdarahan ringan pada saat seharusnya terjadi menstruasi berikutnya). Villi korion yang berbentuk seperti jari, terbentuk di luar trofoblas dan menyusup masuk ke dalam daerah yang mengandung banyak pembuluh darah dan mendapat oksigen dan gizi dari aliran darah ibu serta membuang karbondioksida dan produk sisa ke dalam darah ibu.

Setelah implantasi, endometrium disebut desidua. Desidua yang terdapat antara telur dan dinding rahim disebut desidua basalis. Bagian yang menutup blastosis atau desidua yang terdapat antara telur dan kavum uteri ialah desidua kapsularis dan bagian yang melapisi sisa uterus adalah desidua vera (Kusmiati, 2013)

5. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi. Dalam minggu pertama perkembangan hasil konsepsi, trofoblas infasil telah melakukan penetrasi ke pembuluh darah endometrium.

Terbentuklah sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruangan-ruangan interviks dimana villi kolaris seolah-

olah terapung-apung di antara ruangan-ruangan tersebut sampai terbentuknya plasenta (Prawiroharjo, 2014).

Pertumbuhan dan perkembangan desidua sejak terjadi konsepsi karena pengaruh hormon terus tumbuh sehingga makin lama menjadi desidua. Desidua adalah mukosa rahim pada kehamilan yang terbagi atas:

- a) Desidua basalis: terletak diantara hasil konsepsi dan dinding rahim, disini plasentater terbentuk.
- b) Desidua kapsularis: meliputi hasil konsepsi ke arah rongga rahim yang lama kelamaan bersatu dengan desidua vera karena obliterasi
- c) Desidua vera (parietalis): meliputi lapisan dalam dinding rahim lainnya (Walyani, 2015).

C. Perubahan Fisiologi pada saat Kehamilan

1. Uterus

Uterus yang semula besarnya hanya sebesar jempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi sebesar 1000 gram saat akhir kehamilan.

Otot dalam rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba, 2010).

2. Ovarium

Saat ovulasi terhenti masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron (kira-kira pada kehamilan 16 minggu dan korpus luteum graviditas berdiameter kurang lebih 3 cm). Kadar relaksi di sirkulasi maternal dapat ditentukan dan meningkat dalam trimester pertama. relaksin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm (Dewi, 2011).

3. Vagina dan perinium

Perubahan yang terjadi pada vagina selama kehamilan antara lain terjadinya peningkatan vaskularitas dan hiperemia (tekanan darah meningkat) pada kulit dan otot perinium, vulva, pelunakan pada jaringan ikat, munculnya tanda chadwick yaitu warna kebiruan pada daerah vulva dan vagina yang disebabkan hiperemia, serta adanya keputihan karena sekresi serviks yang meningkat akibat stimulasi estrogen (Aprilia, 2010).

4. Payudara

Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat pada payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Puting susu dan aerola menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah muda sekunder pada aerola, dan puting susu lebih erektile. Peningkatan suplai darah membuat

pembuluh darah di bawah kulit berdilatasi. Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Kadar hormon luteal dan plasenta pada masa hamil meningkatkan proliferasi duktus laktiferus dan jaringan lobulus-alveolar sehingga pada palpasi payudara teraba penyebaran noul kasar. Walaupun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap pada masa pertengahan kehamilan, tetapi laktasi terhambat sampai kadar estrogen menurun, yaitu setelah janin dan plasenta lahir. Kolosrum, cairan sebelum susu, berwarna putih kekuningan dapat dikeluarkan dari puting susu selama trimester ketiga (Kamariyah, 2014).

5. Sirkulasi sirkulasi

Sistem sirkulasi, volume darah semakin meningkat dan terjadi hemodilusi, dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Curah jantung akan bertambah sekitar 30%, bertambahnya *hemodilusi* darah mulai tampak sekitar umur kehamilan 16 minggu, sehingga mengidap penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali. Kehamilan selalu memberatkan kerja jantung sehingga wanita hamil dengan penyakit jantung dapat jatuh dalam *decompensasi kordis*. Tekanan darah *arterial* cenderung menurun terutama selama trimester kedua dan kemudian naik lagi sebelum pra hamil.

Waspada jika: *diastolik* >85 mm Hg *sistolik* >140 mm Hg.

Gejala mau pingsan pada kehamilan dini maupun lanjut yang disebabkan vasodilatasi, hipotensi, dan *hemodilusi*.

Mengatasina menghindari keadaan ini bertambah parah (misalnya panas), menghindari jarak waktu makan yang terlalu lama, menghindari pemakaian pakaian yang terlalu ketat.

Estrogen merangsang adrenal untuk mengeluarkan *aldosteron*, menyebabkan retensi garam dan air, hal ini mengarah pada peningkatan volume darah dan edema jaringan, 75% wanita hamil mengeluh edema, waspada apabila diikuti dengan peningkatan tekanan darah dan adanya protein urin (Sunarti, 2013).

6. Sistem respirasi

Wanita hamil sering mengeluh sesak dan napas pendek. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit selama hamil. Seorang wanita hamil selalu menggunakan napas dada (*thoracic breathing*) (Dewi, 2011).

7. Sistem pencernaan

Peningkatan produksi estrogen dan progesteron selama kehamilan memengaruhi saluran pencernaan ibu. Beberapa perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan selama kehamilan adalah sebagai berikut.

- a) Peningkatan kadar esterogen menyebabkan gingivitis dan penurunan sekresi asam hidroklorida lambung. kadar esterogen yang tinggi menyebabkan peningkatan vaskularitas selektif dan proliferasi jaringan ikat (gingivitis) sehingga gusi mudah berdarah.
- b) Peningkatan kadar progesteron menyebabkan tonus dan motilitas otot polos saluran pencernaan menurun. Penurunan tersebut mengakibatkan nyeri ulu hati (heart burn), konstipasi, peningkatan waktu pengosongan dan pengentalan empedu. Regurgitasi esofagus, peningkatan waktu pengosongan lambung, dan peristalsis balik akibatnya mengalami nyeri ulu hati (heart burn). Absorpsi air di usus besar meningkat sehingga terjadi konstipasi. Selain itu, perlambatan usus, makanan kurang serat dan cairan, distensi abdomen, serta pergeseran usus akibat kompresi dapat meningkatkan konstipasi. Konstipasi yang terjadi terus-menerus dapat menyebabkan hemoroid, yaitu varises vena di rektum dan anus. Peningkatan waktu pengosongan dan pengentalan empedu dapat menyebabkan pembentukan batu empedu selama kehamilan.
- c) *Morning sickness* atau amal yang disertai muntah pada ibu hamil yang terjadi pada awal sampai minggu ke-16

kehamilan. Penyebab *morning sickness* belum diketahui, tetapi penurunan pada saluran cerna dan peningkatan kadar hCG dalam darah diduga menyebabkan *Morning sickness*. Pada trimester kedua kehamilan, muntah dan nausea (*vornitus*) lebih jarang dan nafsu makan meningkat (Kamariyah, 2014).

8. Sistem perkemihan

Ginjal yang normal mampu mengatasi kerja tambahan tanpa menyebabkan masalah, tekanan karena pertumbuhan janin dapat menyebabkan stasis urin. Sering berkemih pada masa kehamilan disebabkan karena penekanan uterus pada kandung kemih.

9. Kulit

Akibat membesarnya rahim dan pertumbuhan janin, perut menonjol keluar. Serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus karena regangan. Tanda regangan yang dibentuk disebut *striae gravidarum* terlihat pada abdomen dan bokong terjadi pada 50% wanita hamil dan menghilang menjadi bayangan yang lebih terang setelah melahirkan. Pengumpulan pigmen sementara mungkin terlihat bagian tubuh tertentu, tergantung pada warna kulit yang dimiliki. Perubahan deposit pigmen dan *hiperpigmentasi* karena pengaruh rangsangan hormon *melanophore*.

Garis gelap mengikuti garis diperut (dari pusat simpisis) disebut *Linea nigra* dan *hiperpigmentasi* di daerah wajah terlihat bintik-bintik hitam disebut *cloasma gravidarum*. *Aerola* sekitar puting melebar dan warnanya menjadi lebih gelap. Semua area yang mengalami peningkatan pigmentasi akan hilang setelah melahirkan (Sunarti, 2013).

10. Sistem muskuloskeletal

Selama masa kehamilan wanita membutuhkan kira-kira sepertiga lebih banyak kalsium dan fosfor, dengan makan-makanan yang seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Saliva yang asam pada saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri *email* yang menyebabkan *karies*. Postur tubuh wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim. Untuk mempertahankan keseimbangan tubuh sebagai kompensasi bahu tertarik ke belakang tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dapat menyebabkan nyeri punggung. Pada otot kering terjadi kram yang merupakan masalah umum pada wanita hamil penyebab belum diketabui mungkin terkait dengan metabolisme kalsium dan posfor, kurangnya ekskresi sisa metabolisme otot atau postur yang tidak seimbang(Sunarti, 2013).

11. Sistem endokrin

Beberapa kelenjar endokrin terjadi perubahan seperti berikut:

- a) Kelenjar tyroid: dapat membesar sedikit
- b) Kelenjar hipofisis: dapat membesar terutama lobus anterior
- c) Kelenjar adrenal: tidak begitu terpengaruh (Dewi, 2011).

12. Ovarium

Ovarium merupakan sumber hormon *estrogen* dan *progesteron* pada wanita tidak hamil. Pasang surut hormon ini aliran hormon pada siklus menstruasi. Pada kehamilan ovulasi berhenti, *corpus luteum* terus tumbuh sampai terbentuk plasenta yang mengambil alih pengeluaran hormon *estrogen* dan *progesteron*. Plasenta juga membentuk hormon yang lain : *human chorionic gonadotropin* (hCG), *human plasenta lactogen* (hPL), juga disebut *human chorionic somatomotropin* (h CS), dan *human chorionic thyrotropin* (h CT) (Sunarti, 2013).

D. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

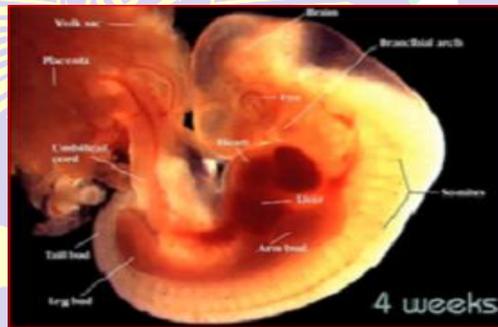
1. Minggu ke-1 hingga ke- 3

Hari ke-13: Vili korionik mulai menyekresi *human chorionic gonadotropin* (hCG), yang merangsang korpus luteum di ovarium untuk terus memproduksi hormon yang diperlukan untuk mempertahankan kehamilan hingga plasenta

cukup matur untuk mengambil alih peran ini. hari ke-15 : Tampak sebuah pita tebal sel muncul di garis tengah permukaan dorsal embrio. Pembuluh darah mulai terbentuk. Spesialisasi sel mulai dibentuk. Hari ke-18 hingga ke-21: mulai terbentuk sistem saraf primitif. Jantung mulai berdenyut. Mata dan telinga mulai berdiferensiasi. Sel darah mulai terbentuk.

2. Minggu ke-3 hingga ke-4

Jantung memulai memompa darah dan otak terbagi atas otak depan, otak tengah, otak belakang. Garis mata mulai tampak di atas mulut. Paru mulai terbentuk. Gambaran sistem gastrointestinal dapat diidentifikasi. *Somit* (bakal vertebra dan otot) tampak di samping garis tengah.



Gambar 2.3
Janin usia 4 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009.

3. Minggu ke-5

Pertumbuhan otak secara cepat berlanjut. Timbul tonjolan ekstermitas. Tali pusat terbentuk. Ruang jantung dipisahkan oleh septum.

4. Minggu ke-6

Hati mulai berfungsi. Ginjal dan genetalia rudimenter terbentuk. Mata bermigrasi ke sisi depan wajah. Kartilago mulai membentuk rangka tubuh. Diferensiasi otak dimulai.

5. Minggu ke-7

Kelopak mata terbentuk, diikuti kandung empedu, palatum, dan lidah. Leher menjadi tampak jelas. Terbentuk diafragma yang memisahkan rongga toraks dan rongga abdomen. Sel tulang mulai menggantikan kartilago. Lengan dan tungkai mulai bergerak.

6. Minggu ke-8

Tangan dan kaki sudah jelas terbentuk. Jantung terbagi atas empat ruang dan berdenyut dalam kecepatan 40-60 denyut/menit. Pembuluh darah utama terbentuk, dan sirkulasi mulai berjalan dari tali pusat. Genetalia eksterna laki-laki atau perempuan sudah dapat dibedakan (Kamariyah, 2014).



Gambar 2.4
Janin usia 8 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009.

7. Minggu ke-11 hingga ke-12

Ukuran janin pada minggu ke 11 \pm 6,5-7,8 cm. Gerakan gerakan janin sudah dirasakan ibu. Wajah janin sudah tampak seperti manusia. Sistem pencernaan janin mampu menghasilkan kontraksi untuk mendorong makanan ke seluruh usus. Ginjal janin sudah berfungsi dan janin mulai menggerak-ngerakkan bibirnya sebagai awal mula gerakan menghiap. Sel jaringan otak mulai berlipat jumlahnya dan ukurannya semakin membesar.



Gambar 2.5
Janin usia 12 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009.

8. Minggu ke-13 hingga ke-15

Kerangka dan tulang bayi yang sudah terbentuk sebelumnya semakin cepat menyerap kalsium sehingga strukturnya lebih keras. Mata dan telinga sudah mulai terlihat. Alat kelamin bagian luar mulai mengembang sehingga semakin mudah dibedakan antara laki-laki dan perempuan.

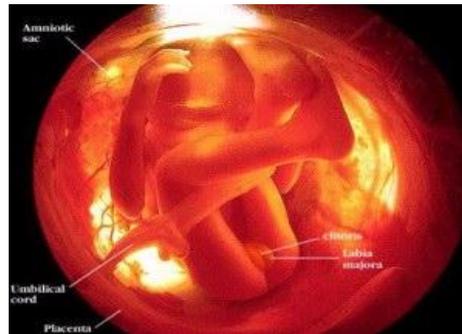


Gambar 2.6
Janin usia 16 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009.

9. Minggu ke-16 hingga ke-21

Panjang janin \pm 14 cm dengan berat \pm 130 gram janin mulai mengenal suara dari luar air ketuban. Janin dapat membuat ekspresi wajah serta menghisap jari. Hal ini dapat terlihat ketika ibu menjalani pemeriksaan USG (*Ultrasonografi*). Minggu ke-17 terjadi pembentukan lemak bawah kulit yang berfungsi menjaga stabilan suhu dan metabolisme tubuh. Kulit janin tersebut terbungkus lapisan putih (*verniks*) yang melindungi bayi dari air ketuban. Minggu ke 18, ibu sudah bisa merasakan tendangan bayi. Janin dapat meminum air ketuban lalu membungunya melalui kandung kemih. Kelopak mata dan alis mulai terbentuk, sementara kuku jari mulai tumbuh. Sistem organ tubuh mengalami pematangan fungsi, tubuh janin semakin berat.

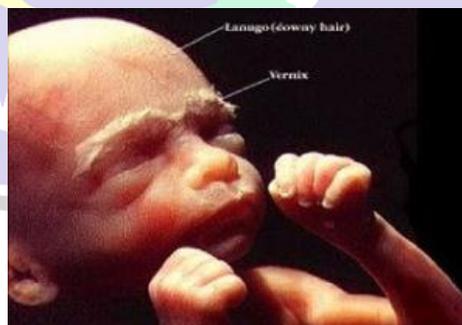


Gambar 2.7
Janin usia 20 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009.

10. Minggu ke-22 hingga ke-27

Kelopak mata mulai membuka dan menutup. Jantung sudah mulai memompa darah. Dan memasuki minggu ke-24 pendengaran janin mulai berfungsi sempurna, suara yang keras dan secara tiba-tiba dapat mengejutkannya. Mata janin mulai membuka, bahkan janin memiliki jadwal tidur dan bangun sendiri. Warna kulit janin berubah, yang semula kemerah-merahan berubah menjadi seperti kulit manusia pada umumnya.



Gambar 2.8
Janin usia 24 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009.

11. Minggu ke-28 hingga ke-30

Panjang janin $\pm 3,5$ cm dan beratnya 1,1 kg. Jumlah jaringan otak semakin meningkat, dan jika janin dilahirkan pada minggu-minggu ini, janin sudah dapat menangis lemah, namun akan bernapas susah payah. Dengan perawatan intensif janin tersebut dapat bertahan hidup.



Gambar 2.9
Janin usia 28 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009.

12. Pada minggu ke-30

Proporsi kepala janin sudah sesuai dengan panjang tubuhnya. Panjangnya dapat mencapai 37cm dan beratnya 1,6 kg. Ruang gerak janin dalam rahim semakin sempit, biasanya punggung ibu akan merasakan nyeri karena janin menekan dasar tulang punggung ibu.



Gambar 2.10
Janin usia 32 minggu

Sumber : Sulistyawati, 2009.

13. Minggu ke-34 hingga ke-40

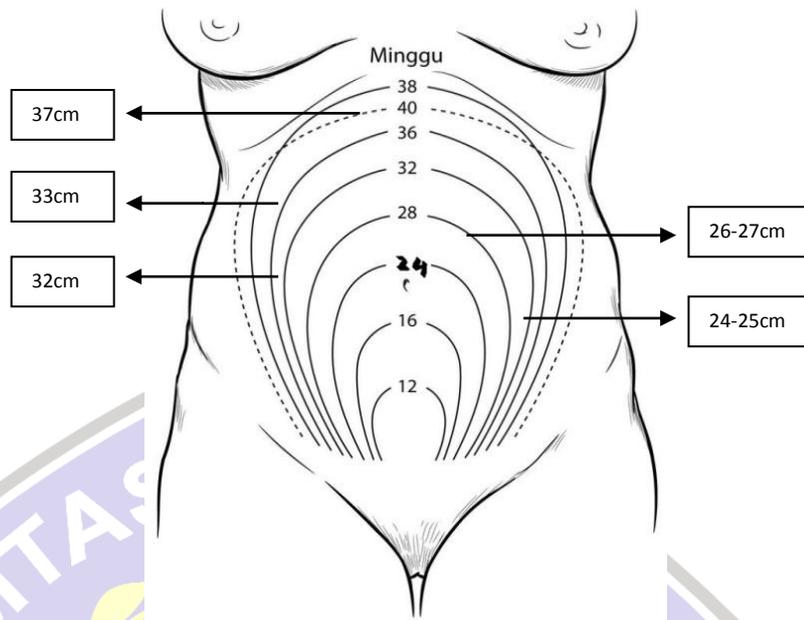
Panjang janin sekitar 34 cm dengan berat sekitar 2,5 kg. Ginjal dan paru-paru sudah terbentuk sempurna. Kerut-kerut pada tubuhnya mulai menghilang karena lemak sudah mulai mengisi tubuh janin. dan di minggu 38 janin siap dilahirkan, seluruh fungsi organ-organ tubuh matang dan siap bekerja sendiri. Kepala bayi mulai berada di posisi yang benar untuk memasuki jalan lahir (Indivara, 2009).

Tabel 2.1

Penambahan Ukuran TFU per tiga jari

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

Sumber : (Sulistyawati, 2010)



Gambar 2.11
Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Umur
Kehamilan

Sumber : Wiknjosastro, 2009.

Tabel 2.2

Pertumbuhan dan Perkembangan janin

Usia kehamilan	Panjang Janin	Ciri Khas
<i>Organogenesis</i>		
4 minggu	7,5 – 10 mm	Rudimeter : hidung, telinga dan mata
8 minggu	2,5 cm	Kepala fleksi ke dada, hidung, kuping dan jari terbentuk
12 minggu	9 cm	Kuping lebih jelas, kelopak mata terbentuk, genitalia eksterna terbentuk

Usia <i>Fetus</i>		
16 minggu	16-18 cm	Genetal jelas terbentuk, kulit merah tipis, uterus telah penuh, desidua parietalis dan kapsularis
20 minggu	25 cm	Kulit tebal dengan rambut lanugo
24 minggu	30-32 cm	Kelopak mata jelas, alis dan bulu tampak
Masa <i>Parietal</i>		
28 minggu	35 cm	Berat badan 1000 gram, menyempurnakan janin
40 minggu	50-55 cm	Bayi cukup bulan, kulit berambut dengan baik, kulit kepala tumbuh baik, pusat penulangan pada tibia proksimal

Sumber : (Manuaba dkk, 2010)

E. Tanda-tanda kehamilan

1. Amonerea

Amenorhea, bila seorang wanita dalam masa mampu hamil, apabila sudah kawin mengeluh terlambat haid, maka pikirkan bahwa dia hamil, meskipun keadaan stres, obat-obatan, penyakit kronis dapat pula mengakibatkan terlambat haid.

2. Mual

Mual dan muntah, mual dan muntah merupakan gejala umum, mulai dari rasa tidak enak sampai muntah yang berkepanjangan. Dalam kedokteran sering dikenal *morning*

sickness karena munculnya seringkali pagi hari. Mual dan muntah diperberat oleh makanan yang baunya menusuk dan juga oleh emosi penderita yang tidak stabil. Untuk mengatasinya penderita perlu diberi makanan-makanan bahwa keadaan ini masih dalam batas normal orang hamil. Bila berlebihan dapat pula diberikan obat-obat anti muntah.

3. Sering buang air kecil

Keluhan kencing, frekuensi kencing bertambah dan sering kencing malam, disebabkan karena desakan *uterus* yang membesar dan tarikan oleh *uterus* ke *kranial*.

4. Pigmentasi kulit

Perubahan warna kulit, perubahan ini disebut *chloasma* yakni warna kulit yang kehitam-hitaman pada dahi, punggung hidung dan kulit daerah tulang pipi, terutama pada wanita dengan warna kulit tua. Biasanya muncul setelah kehamilan 16 minggu. Pada daerah *areola* dan puting payudara, warna kulit menjadi lebih hitam. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh stimulasi MSH (*Melanocyte Stimulating Hormone*). Pada kulit daerah abdomen dan payudara dapat mengalami perubahan yang disebut *striae gravidarum* yaitu perubahan warna seperti jaringan perut. Diduga ini terjadi karena pengaruh *adrenokortikosteroid*. Kadang-kadang timbul pula *teleangiectasis* karena pengaruh estrogen tinggi.

5. Varices

Varices atau penampakan pembuluh darah vena

6. Perubahan temperatur basal, kenaikan temperatur basal lebih dari 3 minggu biasanya merupakan tanda telah terjadinya kehamilan

7. Payudara menegang

Mestidinia adalah rasa kencang dan sakit pada payudara disebabkan payudara membesar. *Vaskularisasi* bertambah, *asinus* dan *duktus berproliferasi* karena pengaruh *estrogen* dan *progesteron*.

Perubahan payudara, akibat stimulasi prolaktin dan HPL, payudara mensekresi *kolustrum*, biasanya setelah kehamilan lebih dari 16 minggu (Kusmiati, 2013).

8. Epulis : Hipertropi dari papil gusi.

Hipertropi papila *ginggivae/gusi* sering terjadi pada triwulan pertama (Hani, 2011).

9. Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam seringkali terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Hani, 2011).

F. Tanda tidak pasti hamil

1. Tanda hegar

Tanda ini berupa perlunakan pada daerah isthmus uteri, sehingga daerah tersebut pada penekanan mempunyai kesan lebih tipis dan uterus malah difleksikan. Dapat diketahui melalui pemeriksaan bimanual. Tanda ini mulai terlihat pada minggu ke-6 dan menjadi nyata pada minggu ke 7-8

2. Tanda Goodell's

Diketahui melalui pemeriksaan bimanual. Serviks terasa lebih lunak. Penggunaan kontrasepsi oral juga dapat memberikan dampak ini.

3. Tanda Chadwick

Dinding vagina mengalami kongesti warna kebiru-biruan.

4. Tanda Mc Donald

Fundus uteri dan serviks bisa dengan mudah difleksikan satu sama lain dan tergantung pada lunak atau tidaknya jaringan isthmus.

5. Terjadi pembesaran abdomen

Pembesaran perut menjadi nyata setelah minggu ke-16, karena pada saat itu uterus telah keluar dari rongga pelvis dan menjadi organ rongga perut

6. Kontraksi uterus

Tanda ini muncul belakangan dan pasien mengeluh perutnya kencang, tetapi tidak disertai rasa sakit.

7. Pemeriksaan tes biologis kehamilan

Pada pemeriksaan ini hasilnya positif, dimana kemungkinan positif palsu (Prantikawati, 2010).

G. Tanda Pasti Kehamilan

1. Gerakan janin yang dapat dilihat/dirasa/diraba, juga bagian-bagian jain.
2. Denyut jantung janin.
 - a) Didengar dengan stetoskop monoral Laennec.
 - b) Dicatat dan didengar alat Doppler.
 - c) Dicatat dengan foto Elektrokardiogram
 - d) Dilihat pada Ultrasonografi (USG).
 - e) Terlihat tulang-tulang janin pada foto rontgen (Dewi, 2011).

H. Perubahan Psikologi

1. Perubahan Psikologi ibu hamil tm I (periode penyesuaian /penentuan)
 - 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. Perubahan psikologis trimester II (Periode kesehatan yang baik/pancaran kesehatan)

- 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. Perubahan psikologis trimester III (Periode Penantian Dengan Penuh Kekhawatiran)

- 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

(Kuswati, 2014).

I. Perubahan Fisik pada Ibu Hamil

1. Perubahan Fisik pada trimester I

Menurut Kurnia (2009), perubahan fisik pada trimester I adalah :

- a) Pembesaran Payudara

Payudara akan membesar dan mengencang, karena terjadi peningkatan hormon kehamilan yang menimbulkan

pelebaran pembuluh darah dan untuk mempersiapkan pemberian nutrisi pada jaringan payudara sebagai persiapan menyusui.

b) sering buang air kecil

Keinginan sering buang air kecil pada awal kehamilan ini dikarenakan rahim yang membesar dan menekan kandung kencing. Keadaan ini akan menghilang pada trimester II dan akan muncul kembali pada akhir kehamilan, karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

c) Konstipasi

Keluhan ini juga sering dialami selama awal kehamilan, karena peningkatan hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus bekerja kurang efisien. Adapun keuntungan dari keadaan ini adalah kemungkinan penyerapan nutrisi yang lebih baik saat hamil.

d) Morning Sickness, mual dan muntah

Hampir 50% wanita hamil mengalami mual dan biasanya mual dimulai sejak awal kehamilan. Mual muntah di usia muda disebut morningsickness tetapi kenyataannya mual muntah ini dapat terjadi setiap saat.

e) Merasa lelah

Hal ini terjadi karena tubuh bekerja secara aktif untuk menyesuaikan secara fisik dan emosional untuk kehamilan. Juga peningkatan hormonal yang dapat mempengaruhi pola tidur.

f) Sakit Kepala

Sakit kepala yang lebih sering dialami oleh pada ibu hamil pada awal kehamilan karena adanya peningkatan tuntutan darah ke tubuh sehingga ketika akan mengubah posisi dari duduk / tidur ke posisi yang lain (berdiri) tiba-tiba, sistem sirkulasi darah merasa sulit beradaptasi. Sakit kepala / pusing yang lebih sering daripada biasanya dapat disebabkan oleh faktor fisik maupun emosional. Pola makan yang berubah, perasaan tegang dan depresi juga dapat menyebabkan sakit kepala.

g) Kram Perut

Kram perut saat trimester awal kehamilan seperti kram saat menstruasi di bagian perut bawah atau rasa sakit seperti ditusuk yang timbul hanya beberapa menit dan tidak menetap adalah normal. Hal ini sering terjadi karena adanya perubahan hormonal dan juga karena adanya pertumbuhan dan pembesaran dari rahim dimana otot dan ligamen merenggang untuk menyokong rahim.

h) Meludah

Keinginan meludah yang terjadi pada ibu hamil yang terus menerus dianggap normal sebab hal ini termasuk gejala morningsickness.

i) Peningkatan Berat Badan

Pada akhir trimester pertama wanita hamil akan merasa kesulitan memasang kancing / rok celana panjangnya, hal ini bukan berarti ada peningkatan berat badan yang banyak tapi karena rahim telah berkembang dan memerlukan ruang juga, dan ini semua karena pengaruh hormon estrogen yang menyebabkan pembesaran rahim dan hormon progesteron yang menyebabkan tubuh menahan air.

2. Perubahan Fisik pada Trimester II

Menurut Kurnia (2009), perubahan fisik pada trimester II adalah :

a) Perut semakin membesar

Setelah usia kehamilan 12 minggu, rahim akan membesar dan melewati rongga panggul. Pembesaran rahim akan tumbuh sekitar 1 cm setiap minggu. Pada kehamilan 20 minggu, bagian teratas rahim sejajar dengan pusar (umbilicus). Setiap individu akan berbeda-beda tapi

pada kebanyakan wanita, perutnya akan mulai membesar pada kehamilan 16 minggu.

b) Sendawa dan buang angin

Sendawa dan buang angin akan sering terjadi pada ibu hamil hal ini sudah biasa dan normal karena akibat adanya perenggangan usus selama kehamilan. Akibat dari hal tersebut perut ibu hamil akan terasa kembung dan tidak nyaman.

c) Pelupa

Pada beberapa ibu hamil akan menjadi sedikit pelupa selama kehamilannya. Ada beberapa teori tentang hal ini, diantaranya adalah karena tubuh ibu hamil terus bekerja berlebihan untuk perkembangan bayinya sehingga menimbulkan blok pikiran.

d) Rasa panas di perut

Rasa panas di perut adalah keluhan yang paling sering terjadi selama kehamilan, karena meningkatnya tekanan akibat rahim yang membesar dan juga pengaruh hormonal yang menyebabkan rileksasi otot saluran cerna sehingga mendorong asam lambung kearah atas.

e) Pertumbuhan rambut dan kuku

Perubahan hormonal juga menyebabkan kuku bertumbuh lebih cepat dan rambut tumbuh lebih banyak

dan kadang di tempat yang tidak diinginkan, seperti di wajah atau di perut. Tapi, tidak perlu khawatir dengan rambut yang tumbuh tak semestinya ini, karena akan hilang setelah bayi lahir.

f) Sakit perut bagian bawah

Pada kehamilan 18-24 minggu, ibu hamil akan merasa nyeri di perut bagian bawah seperti ditusuk atau tertarik ke satu atau dua sisi. Hal ini karena perenggangan ligamentum dan otot untuk menahan rahim yang semakin membesar. Nyeri ini hanya akan terjadi beberapa menit dan bersifat tidak menetap.

g) Pusing

Pusing menjadi keluhan yang sering terjadi selama kehamilan trimester kedua, karena ketika rahim membesar akan menekan pembuluh darah besar sehingga menyebabkan tekanan darah menurun.

h) Hidung dan Gusi berdarah

Hal ini juga terjadi karena peningkatan aliran darah selama masa kehamilan. Kadang juga mengalami sumbatan di hidung. Ini disebabkan karena adanya perubahan hormonal.

i) Perubahan kulit

Ibu hamil akan mengalami perubahan pada kulit. Perubahan tersebut bisa berbentuk garis kecoklatan yang dimulai dari puser (umbilicus) sampai ke tulang pubis yang disebut lineanigra. Sedangkan kecoklatan pada wajah disebut chloasma atau topeng kehamilan. Hal ini dapat menjadi petunjuk sang ibu kurang asam folat. Strecth mark terjadi karena peregangan kulit yang berlebihan, biasanya pada paha atas, dan payudara. Akibat peregangan kulit ini dapat menimbulkan rasa gatal, sedapat mungkin jangan menggaruknya. Strecth mark tidak dapat dicegah, tetapi dapat diobati setelah persalinan.

j) Payudara

Payudara akan semakin membesar dan mengeluarkan cairan yang kekuningan yang disebut kolostrum. Putting dan sekitarnya akan semakin berwarna gelap dan besar. Bintik-bintik kecil akan timbul disekitarputting, dan itu adalah kelenjar kulit.

k) Kram pada kaki

Kram otot ini timbul karena sirkulasi darah yang lebih lambat saat kehamilan. Atasi dengan menaikkan kaki ke atas dan minum kalsium yang cukup. Jika terkena kram

kaki ketika duduk atau saat tidur, cobalah menggerak-gerakkan jari-jari kaki ke arah atas.

1) Sedikit Pembengkakan

Pembengkakan adalah kondisi normal pada kehamilan, dan hampir 40% wanita hamil mengalaminya. Hal ini karena perubahan hormon yang menyebabkan tubuh menahan cairan. Pada trimester kedua akan tampak sedikit pembengkakan pada wajah dan terutama terlihat pada kaki bagian bawah dan pergelangan kaki. Pembengkakan akan terlihat lebih jelas pada posisi duduk atau berdiri yang terlalu lama.

3. Perubahan fisik pada trimester III

Menurut Kurnia (2009), perubahan fisik pada trimester III adalah :

a) Sakit bagian tubuh belakang

Sakit pada bagian tubuh belakang (punggung-pinggang), karena meningkatnya beban berat dari bayi dalam kandungan yang dapat mempengaruhi postur tubuh sehingga menyebabkan tekanan ke arah tulang belakang.

b) Payudara

Keluarnya cairan dari payudara, yaitu colostrum, merupakan makanan bayi pertama yang kaya akan protein.

Biasanya, pada trimester ini, ibu hamil akan merasakan hal itu, yakni keluarnya colostrum.

c) Konstipasi

Pada trimester ini sering terjadi konstipasi karena tekanan rahim yang membesar ke arah usus selain perubahan hormon progesteron.

d) Pernafasan

Karena adanya perubahan hormonal yang memengaruhi aliran darah ke paru-paru, pada kehamilan 33-36 minggu, banyak ibu hamil akan merasa susah bernapas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang berada di bawah diafragma (yang membatasi perut dan dada). Setelah kepala bayi turun kerongga panggul ini biasanya 2-3 minggu sebelum persalinan pada ibu yang baru pertama kali hamil akan merasakan lega dan bernapas lebih mudah, dan rasa panas diperut biasanya juga ikut hilang, karena berkurangnya tekanan bagian tubuh bayi dibawah diafragma / tulang iga ibu.

e) Sering kencing

Pembesaran rahim ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu hamil.

f) Masalah tidur

Setelah perut besar, bayi akan sering menendang di malam hari sehingga merasa kesulitan untuk tidur nyenyak.

g) Varises

Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang mengakibatkan vena menonjol, dan dapat juga terjadi di daerah vulva vagina. Pada akhir kehamilan, kepala bayi juga akan menekan vena daerah panggul yang akan memperburuk varises. Varises juga dipengaruhi faktor keturunan.

h) Kontraksi perut

Braxton-Hicks atau kontraksi palsu ini berupa rasa sakit di bagian perut yang ringan, tidak teratur, dan akan hilang bila ibu hamil duduk atau istirahat.

i) Bengkak

Perut dan bayi yang kian membesar selama kehamilan akan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki ibu hamil, dan kadang membuat tangan membengkak. Ini disebut edema, yang disebabkan oleh perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan.

j) Kram pada kaki

Kram kaki ini timbul karena sirkulasi darah yang menurun, atau karena kekurangan kalsium.

k) Cairan vagina

Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih. Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada saat mendekati persalinan cairan tersebut akan lebih cair.

J. Ketidaknyamanan Kehamilan

1. Sering buang air kecil (trimester I dan III).
2. Striae gravidarum (tampak jelas pada bulan ke 6-7).
3. Hemoroid (timbul pada trimester II dan III).
4. Kelelahan/ fatigue (pada trimester I).
5. Keputihan (terjadi pada trimester I,II dan III).
6. Keringat bertambah secara perlahan terus meningkat sampai akhir kehamilan.
7. Sembelit (trimester II dan III).
8. Kram pada kaki (setelah usia kehamilan 24 minggu).
9. Mengidam/ pica (trimester I).
10. Napas sesak (trimester II dan III).
11. Nyeri ligamentum rotundum (trimester II dan III).
12. Berdebar-debar/ palpitasi jantung(mulai akhir trimester I).

13. Panas perut (mulai bertambah sejak trimester II dan bertambah semakin lamanya kehamilan, hilang pada waktu persalinan).
14. Perut kembung (trimester II dan III).
15. Pusing/ sinkop (trimester II dan III).
16. Mual muntah(trimester I).
17. Sakit punggung atas dan bawah (trimester II dan III).
18. Varises pada kaki (trimester II dan III) (Ina, 2014).

K. Kebutuhan dasar ibu hamil

Sasaran asuhan antenatal ialah meminimalkan setiap efek yang berpotensi membahayakan perempuan hamil dan bayinya. Dengan memenuhi kebutuhan ibu hamil, baik fisik maupun psikologisnya

1. Oksigen

Meningkatnya jumlah progesteron selama kehamilan selama kehamilan mempengaruhi pusat pernafasan.

2. Nutrisi

Kalori Jumlah kalori yang dibutuhkan ibu hamil adalah 2500 kkal setiap harinya. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya preeklampsia.

- a) Protein Jumlah protein yang diperlukan untuk ibu hamil adalah 85 gr/hari. Sumber protein kacang-kacangan, ikan, ayam, susu, keju Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan edema.

b) Kalsium Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 kg/hari.

Sumber kalsium : susu, keju, yoghurt dan kalsium karbonat

c) Zat besi Diperlukan 30 mg/hari asupan zat besi bagi ibu hamil. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi

d) Asam folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil sebesar 400 mikro gr/hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik.

e) Air

Air berfungsi untuk menjaga keseimbangan karna itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air, susu, suhu tubuh, dan jus tiap 24 jam

3. Personal hygiene

Perubahan anatomik pada perut, area genitalia/lipat paha dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinfeksi oleh mikroorganisme. Sebaiknya, mandi menggunakan pancuran atau gayung. Selain itu, mengganti celana dalam secara rutin minimal 2 kali sehari.

4. Pakaian

Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan ketat dibagian perut. Bahkan pakaian harus dapat menyerap

keringat, pakailah bra yang menyokong payudara. Memakai sepatu dengan hak rendah.

5. Eliminasi

Keluhan yang sering terjadi pada ibu hamil adalah konstipasi dan sering BAK. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan banyak mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, jika merasa dorongan untuk BAK/BAB maka segeralah untuk BAK/BAB

6. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat abortus, kelahiran prematur, perdarahan pervaginam (Inngar, 2017).

7. Imunisasi

Vaksin adalah substansi yang diberikan untuk melindungi dari zat asing (infeksi).

Ada 4 macam vaksin:

- a) Toksoid dari vaksin mati
- b) Vaksin virus mati
- c) Virus hidup
- d) Preparat globulin imun

Toksoid adalah preparat dari racun bakteri yang diubah secara kimiawi/endotoksin yang dibuat oleh bakteri. Vaksin mati berisi mikroorganisme yang dibuat tidak aktif dengan

panas atau baahn kimia. Vaksin virus hidup dibuat dari strain virus yang memberikan perlindungan tetap tidak cukup kuat untuk menimbulkan penyakit. Preparat imun globulin adalah protein yang terbuat dari darah manusia yang dapat menghasilkan perlindungan antibody pasif/temporer. Vaksin ini untuk melawan penyakit hepatitis B, rabies, varisela.

Vaksin dinilai keefektifan dan potensinya dalam membahayakan kehamilan. Vaksin mati aman untuk ibu hamil, tidak ada bukti vaksin mati mempunyai efek pada janin/meningkatkan resiko keguguran. Vaksin hidup jangan pernah diberikan kepad ibu hamil. Satu-satunya imunisasi yang dianjurkan penggunaan selama hamil adalah tetanus. Vaksin campak, rubela, gondongan sebaiknya diberikan sebelum kehamilan/segera setelah kelahiran. Wanita hamil mendapat vaksinasi primer polio hanya bila resiko terpajan sangat tinggi (polio tidak aktif) (Pantikawati dkk, 2010).

Ibu dianjurkan untuk meminta imunisasi Tetanus Toksoid (TT) kepada petugas. Imunisasi ini mencegah tetanus pada bayi. Selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan berikutnya). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan

bila memungkinkan juga diberikan TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu/1 bulan) (Kuswati, 2014).

L. Komplikasi ibu dan janin

Tanda-tanda dini bahaya/komplikasi ibu dan janin masa kehamilan muda

1. Perdarahan pervaginam

a) Kehamilan Ekstrauteri (Etopik)

Kehamilan etopik adalah implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi diluar endometrium kavum uteri (Sriningsih, 2017).



Gambar 2.12
Kehamilan etopik

Sumber : Kuswati, 2014.

b) Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi yang usia kehamilannya kurang dari 20 minggu. Kegagalan kehamilan sebelum umur 28 minggu atau berat badan kurang dari 1000 gram (Sriningsih, 2017)

Jenis-jenis abortus antara lain:

1) Abortus imminens

Adanya pendarahan dari uterus, hasil konsepsi masih berada dalam uterus dan tanpa ada dilatasi serviks. Penanganannya dapat dilakukan dengan istirahat-berbaring.

2) Abortus insipiens

Adanya pendarahan dari uterus, disertai dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat tetapi hasil konsepsi masih berada di dalam uterus. Pada abortus insipiens, rasa mules menji lebih sering dan kuat serta perdarahan bertambah.

3) Abortus inkomplet

Adanya pengeluaran hasil konsepsi, tetapi masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus.

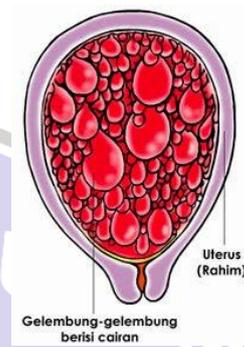
4) Abortus komplet

Pengeluaran seluruh hasil konsepsi dari uterus (Kuswati, 2014).

c) Mola hidatidosa

Mola hidatidosa(hamil anggur) adalah suatu msa tau pertumbuhan di dalam rahim yang terjadi pada awal kehamilan (Sriningsih, 2017). Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal di mana setelah fertilisasi hasil

konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi terjadi proliferasi dari villi korialis disertai dengan degenerasi hidrofik (Kuswati, 2014).



Gambar 2.13
Kehamilan mola

Sumber : Kuswati, 2014.

2. Hiperemesis Gravidarum

Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis gravidarum*) adalah gejala yang wajar dan sering muncul pada kehamilan triester I. Mual biasanya terjadi pada pagi hari, tetapi dapat pula timbul pada malam hari, tetapi dapat pula timbul pada malam hari atau setiap saat. Gejala seperti ini biasanya akan timbul kurang lebih 6 minggu setelah haid terakhir dan berlangsung selama kurang lebih 10 minggu.

Menurut berat ringannya gejala, hiperemesis gravidarum dibedan menjadi 3 ingkatan yaitu:

a) Tingkat 1

1. Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum ibu.

2. Ibu merasa lemah.
3. Nafsu makan menurun.
4. Berat badan menurun.
5. Nyeri pada epigastrium.
6. Nadi meningkat sekitar 100 permenit.
7. Tekanan darah sistolik menurun.
8. Turgor kulit berkurang.
9. Lidah kering dan mata cekung.

b) Tingkat II

- 1) Ibu tampak lebih lemah dan apais.
- 2) Turgor kulit semakin berkurang.
- 3) Lidah kering dan kotor.
- 4) Berat badan menurun.
- 5) Nadi kecil dan cepat.
- 6) Suhu terkadang naik.
- 7) Mata cekung dan sedikit ikterik.
- 8) Oliguria dan konstipasi.
- 9) Aseton tercium dalam pernapasan maupun kencing.

c) Tingkat III

- 1) Kadaan umum ibu lebih parah.
- 2) Muntah berhenti.
- 3) Kesadaran menurun dari somnolen sampai koma.
- 4) Nadi kecil dan cepat.

- 5) Suhu meningkat dan tensi menurun.
- 6) Adanya gangguan syaraf berupa ensefalopati wernicke, yang ditandai dengan nistagmus, diploia dan perubahan mental.
- 7) Gangguan fungsi lever yang ditandai dengan adanya ikterus (Kuwati, 2014).

3. Hipertensi Gravidarum

Hipertensi pada khamilan dapat diklasifikasikan dalam 4 kategori yitu:

- a) Hipertensi kronik: hipertensi (tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg yang diukur setelah beristirahat selama 5-10 menit dalam posisiduduk) yang telah didiagnosis sebelum kehamilan terjadi atau hipertensi yang timbul sebelum mencapai usia kehamilan 20 minggu.
- b) Preeklamsia- Eklamsia: peningkatan tekanan darah yang baru timbul setelah usia kehamilan 20 minggu, disertai dengan penambahan berat badan ibu yang cepat akibat tubuh membengkak dan pada pemeriksaan laboratorium dijumpai protein di dalam air seni (proteinuria). Eklamsia : preeklamsia yang disertai dengan kejang.
- c) Preeklamsiam *superimposed* pada hipertensi kronik: preeklamsia yang terjadi pada perempuan hamil yang telah menderita hipertensi sebelum hamil.

d) Hipertensi gestasional: hipertensi pada kehamilan yang timbul pada trimester akhir kehamilan., namun tanpa disertai gejala dan tanda preeklamsia, bersifat sementara dan tekanan darah kembali normal setelah melahirkan (postpartum). Hipertensi gestasional berkaitan dengan timbulnya hipertensi kronik suatu saat di masa yang akan datang (Kuswati, 2014).

4. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut atau abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang menunjukkan masalah yang mengancam jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang meskipun sudah istirahat. Hal ini bisa terjadi pada apendisitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang pelvik, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, solusio plasenta, infeksi saluran kemih atau infeksi lain (Kuswati, 2014).

Tanda-tanda dini bahaya/komplikasi ibu dan janin masa kehamilan lanjut

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan per vaginam pada kehamilan lanjut terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Perdarahan antepartum dapat berasal dari:

a) Plasenta previa

Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi ostium uteri internal. Tanda dan gejalanya adalah perdarahan tanpa nyeri atau perdarahan dengan awitan mendadak.

Penanganannya adalah dengan terapi pasif yaitu jangan melakukan pemeriksaan dalam, lakukan USG, evaluasi kesejahteraan janin, rawat inap/tirah baring atau terapi aktif dengan mengakhiri kehamilan.

b) Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas dari pelekatnya sebelum janin lahir, terjadi pada umur kehamilan di atas 22 minggu atau berat janin 500 gram. Tanda dan gejalanya adalah uterus seperti papan, nyeri abdomen yang hebat dan tidak dapat tertahankan, nyeri punggung kolik, kontraksi hipertonik, nyeri tekan pada uterus, DJJ dapat normal/tidak normal, gerakan janin tidak stabil, perdarahan tersembunyi dan syok. Penanganannya adalah atasi syok dan anemia, tindakan operasi (SC atau partus pervaginam).

2. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan dan merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap, serta tidak hilang setelah beristirahat. Dengan sakit kepala yang hebat tersebut mungkin ibu merasa penglihatannya menjadi kabur dan berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklampsi.

3. Penglihatan kabur

Wanita hamil terkadang mengeluh penglihatan kabur karena adanya pengaruh hormonal. Ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Dikatakan normal jika perubahannya ringan. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, seperti pandangan kabur dan berbayang secara mendadak. Perubahan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala dari pre eklampsi.

4. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Sebagian besar ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki, yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya akan hilang setelah beristirahat dan dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah jika muncul pada muka dan tangan, serta tidak hilang setelah beristirahat dan

disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat menunjukkan adanya anemia, gagal jantung atau pre eklamsi.

5. Keluar cairan pervaginam

Cairan yang keluar dari vagina harus dibedakan apakah yang keluar urin, keputihan atau air ketuban. Cairan pervaginam dalam kehamilan dikatakan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban maupun leukhore yang patologis.

6. Gerakan janin tidak terasa

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Gerakan janin minimal 10 kali dalam 24 jam, jika kurang dari itu maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim.

7. Nyeri perut yang hebat

Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasa nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta (Kuswanti, 2014).

2.1.2 Persalinan

A. Konsep Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Oktarina, 2016).

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah.

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi dari rahim ibu melalui jalan lahir atau dengan jalan lain, yang kemudian janin dapat hidup di dunia luar.

Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi, sehingga menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Rohani,2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan

bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyawati, 2010).

B. Lima benang merah

Ada lima aspek dasar, atau lima benang merah yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal baik patologis. Lima Benang Merah tersebut adalah :

1. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang di perlukan 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 sang ibu. Beberapa prinsip-prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu di perhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka

terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

3. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus di terapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Di lakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum di temukannya pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

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

a) Cuci tangan

- 1) Secara praktis, mencuci tangan secara benar merupakan salah satu tindakan pencegahan infeksi paling penting untuk mengurangi penyebaran penyakit dan menjaga

lingkungan bebas dari infeksi. Cucitangan dilakukan sesuai dengan Standar dan prosedur yang ada.

2) Pakai sarung tangan

Untuk tindakan pencegahan, sarung tangan harus digunakan oleh semua penolong persalinan sebelum kontak dengan darah atau cairan tubuh dari klien. Sepasang sarung tangan dipakai hanya untuk seorang klien guna mencegah kontaminasi silang. Jika mungkin, gunakanlah sarung tangan sekali pakai, namun jika tidak mungkin sebelum dipakai ulang sarung tangan dapat dicuci dan disteril dengan otoklaf, atau dicuci dan didesinfektan tingkat tinggi dengan cara mengukus.

3) Penggunaan Cairan Antiseptik

Penggunaan antiseptik hanya dapat menurunkan jumlah mikro organisme yang dapat mengkontaminasi luka dan dapat menyebabkan infeksi. Untuk mencapai manfaat yang optimal, penggunaan antiseptik seperti alkohol dan Iodofor (Betadin) membutuhkan waktu beberapa menit untuk bekerja secara aktif. Karena itu, untuk suatu tindakan kecil yang membutuhkan waktu segera seperti penyuntikan oksitosin IM saat penatalaksanaan aktif kala III dan pemotongan tali

pusat saat bayi baru lahir, penggunaan antiseptic semacam ini tidak diperlukan sepanjang alat-alat yang digunakan steril atau DTT.

Untuk membuat larutan klorin, yang pertama harus dilakukan adalah menentukan dulu jenis konsentrasinya. Karena, lain jenis lain pula cara perhitungannya. Hanya dibutuhkan sedikit perhitungan yang sangat sederhana. Cara membuat larutan klorin :

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair :

Jumlah bagian air = ((% Larutan Konsentrat)/(% Larutan yang diinginkan)) - 1

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin kering :

Jumlah bagian air = (larutan yang diinginkan: % konsentrat) x 1000

4) Pemrosesan alat bekas

Proses dasar pencegahan infeksi yang biasa digunakan untuk mencegah penyebaran penyakit dari peralatan, sarung tangan dan bahan-bahan lain yang terkontaminasi.

Jenis -jenis pemrosesan alat, antara lain :

(1) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah langkah pertama dalam menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan, dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi. Dekontaminasi membuat benda-benda lebih aman untuk ditangani petugas pada saat dilakukan pembersihan. Untuk perlindungan lebih jauh, pakai sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari latex, jika menangani peralatan yang sudah digunakan atau kotor.

Segera setelah digunakan, masukkan benda-benda yang telah terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Ini akan dengan cepat mematikan virus hepatitis B dan HIV. Pastikan bahwa benda-benda yang terkontaminasi telah terendam seluruhnya dalam larutan klorin. Daya kerja larutan klorin akan cepat menurun sehingga harus diganti minimal setiap 24jam sekali atau lebih cepat, jika terlihat telah kotor atau keruh.

(2) Pencucian atau bilas

Pencucian adalah sebuah cara yang efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan dan instrument yang kotor atau sudah

digunakan. Baik sterilisasi maupun desinfeksi tingkat tinggi menjadi kurang efektif tanpa proses pencucian sebelumnya. Jika benda-benda yang terkontaminasi tidak dapat dicuci segera setelah didekontaminasi, bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan organik, lalu cuci dengan seksama secepat mungkin.

(a) 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 anti karat (stainless steel)
5. Air bersih
6. Sabun dan detergent

(b) Tahap-tahap pencucian dan pembilasan

1. Gunakan sarung tangan yang tebal pada kedua tangan.
2. Ambil peralatan bekas pakai yang sudah di dekontaminasi (hati-hati bila memegang peralatan yang tajam, seperti gunting dan jarum jahit).

3. Agar tidak merusak benda-benda yang terbuat dari plastik atau karet, jangan dicuci secara bersamaan dengan peralatan yang terbuat dari logam.
4. Cuci setiap benda tajam secara terpisah dan hati-hati.
5. Gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran.
6. Buka engsel gunting dan klem.
7. Sikat dengan seksama terutama dibagian sambungan dan pojok peralatan.
8. Pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal di peralatan
9. Cuci setiap benda sedikitnya tiga kali (lebih jika perlu) dengan air dan sabun atau detergent.
10. Bilas benda-benda tersebut dengan air bersih
11. Ulangi prosedur tersebut pada benda-benda lain.
12. Jika peralatan akan di desinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalnya dalam larutan klorin 0,5%) tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.
13. Peralatan yang akan di desinfeksi tingkat tinggi dengan cara dikukus atau di rebus atau disterilisasi di dalam autoklaf atau open panas kering, tidak usah

dikeringkan sebelum proses DTT atau sterilisasi dimulai.

14. Selagi masih memakai sarung tangan, cuci sarung tangan dengan air dan sabun kemudian dibilas secara seksama dengan menggunakan air bersih.

15. Gantungkan sarung tangan dan biarkan dengan cara di angin-anginkan

(Ambarwati,2009).

(3) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

DTT adalah cara efektif untuk membunuh mikroorganisme penyebab penyakit dari peralatan, sterilisasi tidak selalu memungkinkan dan tidak selalu praktis. DTT bisa dijangkau dengan cara merebus, mengukus atau secara kimiawi. Ini dapat menghilangkan semua organisme kecuali beberapa bakteri endospora sebesar 95%.

(a) DTT dengan cara merebus

Merebus merupakan cara efektif dan praktis untuk DTT. Perebusan dalam air selama 20 menit setelah mendidih, dimana semua alat jika mungkin harus terendam semua, ditutup rapat dan dibiarkan mendidih serta berputar.

1. Gunakan panci dengan penutup yang rapat
2. Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan.
3. Rendam peralatan sehingga semuanya terendam 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.
7. Rebus selama 20 menit
8. Catat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus
9. Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan.
10. Setelah peralatan kering, gunakan segera atau simpan dalam wadah DTT dan penutup. Peralatan bisa disimpan sampai satu minggu asalkan penutupnya tidak dibuka.

(b) DTT dengan uap panas

Setelah sarung tangan didekontaminasi dan dicuci maka sarung tangan siap DTT dengan uap tanpa diberi talk.

1. Gunakan panci perebus yang memiliki 3 susunan nampan pengukus.

2. Gulung bagian atas sarung tangan sehingga setelah DTT selesai, sarung tangan dapat dipakai tanpa membuat kontaminasi baru.
3. Letakkan sarung tangan pada baki atau tampan pengukus yang berlubang dibawahnya. Agar mudah dikeluarkan dari panci, letakkan sarung tangan dengan bagian jarinya ke arah tengah panci. Jangan menumpuk sarung tangan.
4. Ulangi proses tersebut hingga semua nampan terisi dengan menyusun tiga nampan pengukus yang berisi air.
5. Letakkan penutup di atas panci paling atas dan panaskan air hingga mendidih. Jika uap airnya sedikit, suhunya mungkin tidak cukup tinggi untuk membunuh mikroorganisme.
6. Catat lamanya waktu pengukusan jika uap air mulai keluar dari celah panci.
7. Kukus sarung tangan 20 menit
8. Angkat nampan pengukus paling atas dan goyangkan perlahan-lahan agar air yang tersisa menetes keluar.
9. Letakkan nampan pengukus di atas panik yang kosong disebelah kompor.

10. Ulangi langkah tersebut hingga nampantersebut berisi sarung tangan susun diatas panci perebus yang kosong.
11. Biarkan sarung tangan kering dengandiingin anginkan di dalam panci3-6 jam.
12. Jika sarung tangan tidak akan segera dipakai, setelah kering gunakan pinset DTT untuk memindahkan sarung tangan. Letakkan sarung tangan dalam wadah DTT lalu tutup rapat.

(c) DTT dengan kimiawi

1. Letakkan peralatan kering yang sudahdi dekontaminasi dan dicuci dalam wadahyang sudah berisi laruta kimia.
2. Pastikan bahwa peralatan terendamsemua dalam larutan.
3. Rendam selama 20 menit.
4. Catat lama waktu perendaman
5. Bilas peralatan dengan air matang danangin anginkan di wadah DTT yang berpenutup.
6. Setelah kering peralatan dapat digunakanatau disimpan dalam wadah DTT yang bersih

(Kusmiyati, 2007).

(4) Sterilisasi

Sterilisasi merupakan upaya pembunuhan atau penghancuran semua bentuk kehidupan mikroba yang dilakukan di rumah sakit melalui proses fisik maupun kimiawi. Sterilisasi jika dikatakan sebagai tindakan untuk membunuh kuman patoge atau apatoge beserta spora yang terdapat pada alat perawatan atau kedokteran dengan cara merebus, stoom, panas tinggi atau bahan kimia jenis sterilisasi antara lain sterilisasi cepat, sterilisasi panas kering, sterilisasi gas (formalin, H₂O₂), rdiasi ionisasi.

(a) Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam sterilisasi:

1. Sterilisator (alat untuk steril) harus siap pakai, bersih dan masih berfungsi
2. Peralatan yang akan di sterilisasi harus dibungkus dan diberi label yang jelas dengan menyebutkan jenis peralatan jumlah tanggal pelaksanaan steril.
3. Penataan alat harus berprinsip semua bagian dapat steril.
4. Tidak boleh menambahkan peralatan dalam sterilisator sebelum waktu steril selesai.
5. Memindahkan alat steril ke dalam tempatnya dengan korental.

6. Saat mendinginkan alat steril tidak boleh membuka bungkusnya, bila terbuka harus dilakukan sterilisasi ulang.

(b) Beberapa alat yang perlu disterilkan :

1. Peralatan logam (pinset, gunting, speculum, dll)
2. Peralatan kaca (semprit, tabung kimia)
3. Peralatan karet (cateter, sarung tangan, pipa lambung, dll).
4. Peralatan ebonite (kanule rectum, kanule trakea, dll).
5. Peralatan email (bengkok, baskom, dll)
6. Peralatan porselin (mangkok, cangkir, piring, dll).
7. Peralatan plastic (selang infuse, dll)
8. Peralatan tenunan (kain kassa, dll)

(c) Prosedur kerja

1. Bersihkan peralatan yang akan disterilisasi
2. Peralatan yang dibungkus harus diberi label Masukkan ke dalam sterilisator dan hidupkan sterilisator sesuai dengan waktu yang ditentukan

(d) Cara sterilisasi:

1. Sterilisasi dengan merebus dalam air mendidih sampai 100 (15-20 menit) untuk logam, kaca, dan karet.

2. Sterilisasi dengan stoom menggunakan uap panas di dalam autoclave dengan waktu, suhu, tekanan tertentu untuk alat tenun.
3. Sterilisasi dengan panas kering menggunakan oven panas tinggi (logam yang tajam,dll)
4. Sterilisasi dengan bahan kimia menggunakan bahan kimia seperti alkohol, sublimat, uap formalin, sarung tangan dan kateter.

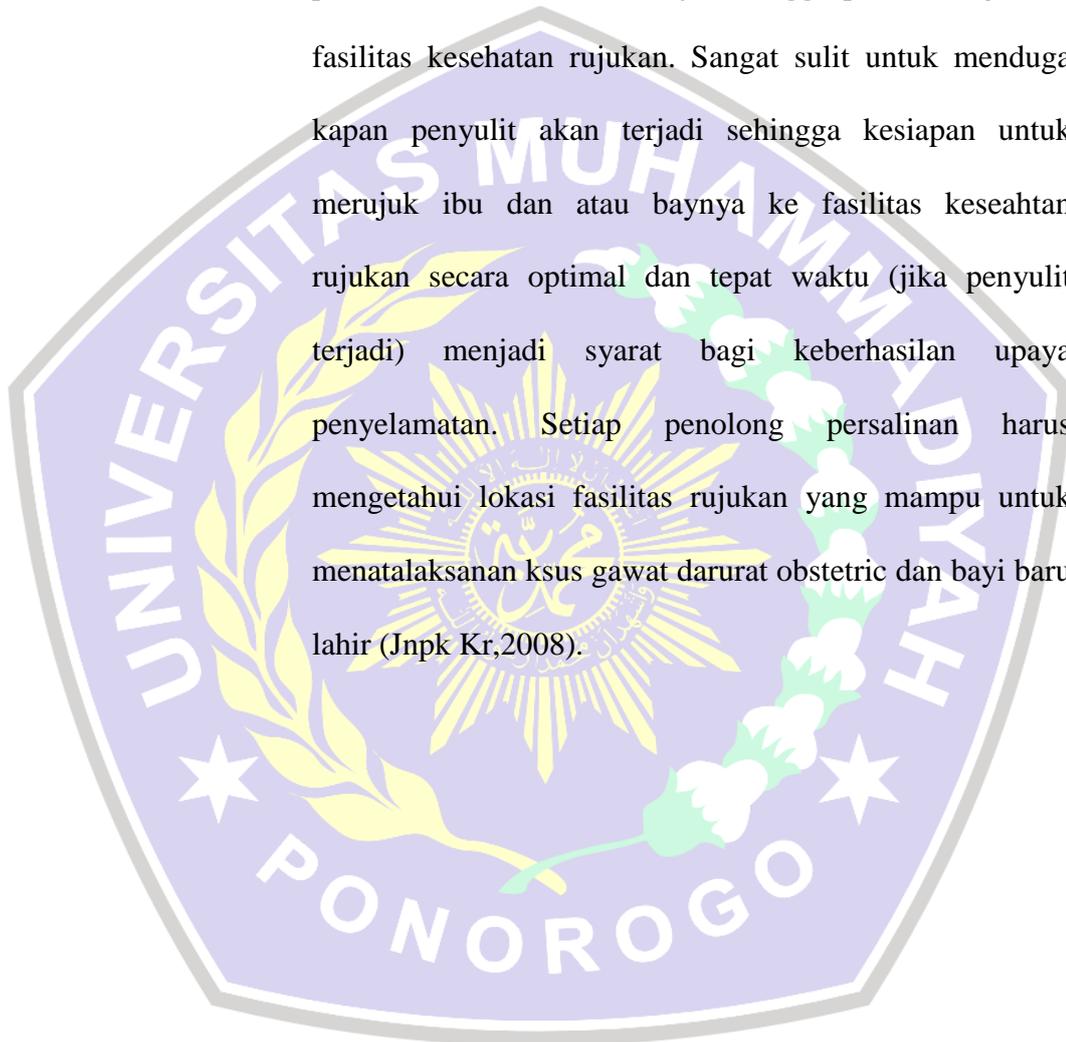
4. Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah di berikan kepada ibu dan/bayinya. Jika asuhan tidak di catat, dapat di anggap bahwa hal tersebut tidak di lakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena mmungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang di berikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah di kumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suaatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya.

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang

lebih lengkap, di harapaakan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10–15 % di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau baynya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanan ksus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir (Jnpk Kr,2008).



Tabel 2.3

Penjabaran BAKSOKU

B	Bidan	Pastikan bahwa ibu dan atau bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat untuk dibawa ke tempat rujukan.
A	Alat	Bawa perlengkapan dan bahan-bahan bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan menuju fasilitas rujukan.
K	Keluarga	Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir dan jelaskan alasan merujuk. Suami dan anggota keluarga harus menemani ibu dan bayi hingga fasilitas rujukan.
S	Surat	Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan informasi tentang ibu dan/bayi, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil asuhan yang telah diberikan. Sertakan partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.
O	Obat	Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.
K	Kendaraan	Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Pastikan kendaraan cukup baik untuk sampai di fasilitas rujukan.
U	Uang	Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan atau bayi tinggal di fasilitas rujukan.

Sumber: Depkes, 2008

C. Tanda persalinan palsu

Menurut tanda-tanda persalinan palsu, yaitu:

1. Kontraksi berlangsung sementara. Perut kencang, namun tidak teratur dan tidak bertambah kuat dan cepat.
2. Kontraksi berhenti ketika diberi usapan.
3. Nyeri yang dirasakan hanya nyeri pada perut bagian bawah, tidak diikuti nyeri pada paha.
4. Ketika posisi tubuh berubah, kontraksi menghilang (Subakti, 2013).

D. Teori penyebab mulai persalinan

1. Teori penurunan progesteron

Padá akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

2. Teori Rangsangan Estrogen

Estrogen menyebabkan iritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium)

3. Teori Reseptor Oksitosin dan Kontraksi Braxton Hicks

Kontaksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan

oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri

4. Teori Keregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta

5. Teori Fetal Membran

Meningkatnya hormon estrogen menyebabkan terjadinya esterifikasi yang menghasilkan arachnoid acid, arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang mengakibatkan kontraksi miometrium.

6. Teori Placenta Sudah Tua

Pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada placenta menurun segera terjadi degenerasi trofoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormone.

7. Teori Tekanan Cerviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi (Oktarina, 2016).

E. Faktor yang mempengaruhi persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

1. *Power*

a) His (kontraksi uterus)

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

Sifat-sifat his yang efektif adalah :

- 1) Kontraksi otot rahim dimulai dari daerah tuba dan ligamentum rotundum kemudian menjalar ke seluruh bagian uterus
- 2) Gelombang kontraksi simetris dan terkoordinasi
- 3) Didominasi oleh fundus kemudian menjalar keseluruhan otot rahim
- 4) Kekuatan seperti mechanism memeras isi rahim
- 5) Otot rahi yang telah kontraksi tidak kembali kepanjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim.

His yang tidak normal dalam kekuatan dan sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir saat persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Menurut (Sulistiyawati, 2010).

secara teoritis kelainan his dibagi menjadi :

1) Inersia uteri primer

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

2) Inersia uteri sekunder

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

3) Incoordinate *uterine action*

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

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

b) Umur Ibu

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun (Wiknjosastro, 2008). Di bawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun insiden preeklampsia sedangkan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden

hipertensi kronis dan persalinan yang lama pada multipara (Varney, 2007).

c) Paritas

Adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (Wiknjastro, 2008). Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi.

Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi uterus lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada grand multipara, semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif lebih lama. Hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus. Semakin tinggi paritas insiden plasenta previa, perdarahan, mortalitas ibu dan mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2007).

2. *Passage*

Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Proses persalinan merupakan proses mekanisme yang melibatkan 3 faktor, yaitu jalan lahir, kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang di dorong dalam satu mekanisme terpadu. Jalan lunak pada keadaan

tertentu tidak akan membahayakan janin dan sangat menentukan proses persalinan (Manuaba, 2010).

a) Panggul tulang koksigis

1) Tulang ilium (tulang usus)

Merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul, bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut kista iliaka, ujung depan dan belakang Krista iliaka yang menonjol yaitu spina iliaka anterosuperior dan spina iliaka postesuperior, dan terdapat tonjolan tulang memanjang dibagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor disebut inominata (linea terminalis).

2) Tulang iskium (tulang duduk)

Terdapat disebelah bawah tulang usus, pinggir belakangnya menonjol yaitu spina ischiadika, pinggir bawah tulang duduk sangat tebal (tuber ischiadikum) berfungsi menopang badan saat duduk.

3) Tulang pubis

Terdapat disebelah bawah dan depan tulang ilium, dengan tulang duduk dibatasi oleh foramen obturatorium, tungkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut rumus superior tulang pubis, didepan

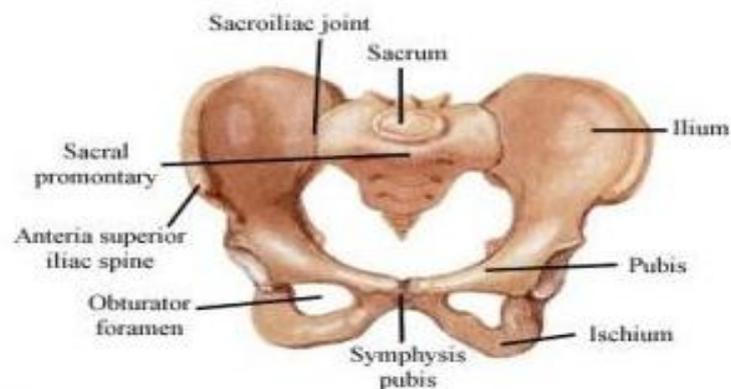
kedu tulang ini berhubungan melalui artikulasi (sumbangan) yang disebut simpisis.

4) Tulang sacrum (tulang belakang)

Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar dibagian atas dan mengecil dibagian bawah. Tulang kelangkang terletak antara kedua tulang pangkal paha.

2) Tulang koksigis

Berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah yang menyatu, terdapat hubungan antara tulang sacrum dengan tulang koksigis yang disebut artikulasi sacro-koksigis, diluar kehamilan artikulasi hanya memungkinkan mengalami sedikit pergeseran tetapi pada kehamilan dan persalinan dapat mengalami pergeseran yang cukup longgar bahkan ujung tulang koksigis dapat bergerak ke belakang sampai sejauh 2,5 cm pada proses persalinan.



Gambar 2.14

Tulang panggul

Sumber: Oxorn, H, 2003

b) Pintu Atas Panggul (PAP)

Merupakan bagian dari pelvis minor yang terbentuk dari promotorium, tulang sakrii, linea terminalis, dan pinggir atas simpisis. Jarak antara simpisis ke promotorium kurang lebih 11 cm yang disebut konjunggata vera. Bila ditarik garis artikulasi sakro-iliaka ke titik pertemuan antara diameter tranversa dan konjunggata vera. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 11,5-13 cm yang disebut diameter transvera. Bila ditarik garis artikulasi sakro-iliaka ke titik pertemuan antara diameter transvera dan konjunggata vera kemudian diteruskan ke linea inominate maka akan ditemukan sebuah diameter obliq dengan ukuran 13 cm (Sulistyawati, 2010).

Dalam obstetric dikenal 4 bentuk jenis panggul, yaitu:

1) Jenis ginekoloid

Panggul jenis ini bentuk yang paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulayt seperti ini memungkinkan kepala bayi mengadakan penyesuaian saat proses persalinan. Kurang lebih ditemukan 45% wanita.

2) Jenis android

Cirri jenis ini adalah bentuk pintu atas panggulnya hampir seperti segitiga. Panggul jenis ini pada umumnya dimiliki pria, namun ada juga wanita yang mempunyai jenis panggul ini 15% wanita

3) Jenis platepoid

Panggul jenis ini seperti panggul jenis ginekoid, hanya mengalami penyempitan pada arah muka belakang. Jenis ini ditemukan pada 5% wanita.

4) Jenis antropoid

Panggul jenis ini mempunyai cirri berupa bentuknya yang lonjong seperti telur, panggul jenis ini ditemukan pada 35% wanita (Sulistiyawati, 2010).

3. *Passanger*

Pembahasan mengenai janin sebagai *passenger* sebagian besar adalah mengenai tukeran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar dari janin dan yang paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian-bagian kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antar bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. Proses ini disebut molase (Sulistiyawati, 2010).

Tabel 2.4

Ukuran diameter penting kepala janin dan presentasi

Diameter	Panjang	Presentasi
Suboksipito bregmatika	10 cm	Suboksiput (fleksi maksimal)
Suboksipito frontalis	11 cm	Oksiput (fleksi takmaksimal)
Oksipito frontalis	12 cm	Puncak dahi
Mento vertikal	13 cm	Dahi
Submento bregmatika	10cm	Muka (defleksi maksimal)

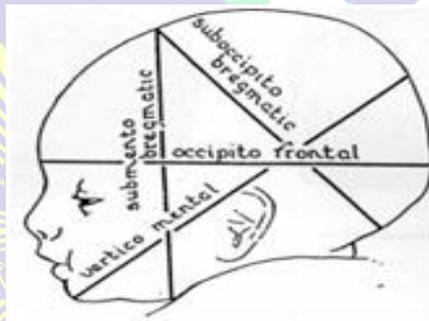
Sumber: Sulistyawati, 2010.

a) Janin besar

Dikatakan bayi besar adalah bayi memiliki berat badan melebihi 10 pound (4.000 gram) pada saat lahir, karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, yang menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus, menyebabkan disfungsi persalinan, kemungkinan rupture uterus, dan peningkatan insiden perdarahan post partum. Persalinan dapat menjadi lebih lama dan tindakan operasi pada saat melahirkan menjadi lebih memungkinkan.

Pada janin besar, faktor keturunan memegang peranan sangat penting dijumpai pada wanita hamil dengan diabetes militus, pada postmaturitas dan pada grandemultipara. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala

atau kepala yang lebih keras tidak dapat memasuki pintu atas panggul, atau karena bahu yang lebar sulit melalui rongga panggul (Wiknjosastro, 2008). Pada makrosomia (berat badan janin lahir ≥ 4000 gram) menyebabkan distosia bahu di mana terjadi kegagalan bahu untuk melipat ke dalam panggul disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir (Saifuddin, 2008).



Gambar 2.15
Ukuran diameter kepala janin
Sumber: Hanifa Prawirohardjo, 2002

2) Berat Badan Janin Normal

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

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

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

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

(d) Pada janin yang mempunyai berat lebih dari 4000 gram memiliki kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Bagian paling keras dan besar dari janin adalah kepala, sehingga besarnya kepala janin mempengaruhi berat badan janin. Oleh karena itu sebagian ukuran kepala digunakan Berat Badan (BB) janin

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

3) Kelainan letak, presentasi atau posisi

(a) Presentasi dahi

Keadaan dimana kedudukan kepala berada di antara fleksi maksimal dan defleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Pada dasarnya merupakan kedudukan yang bersifat sementara, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi muka atau presentasi belakang kepala. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba sutura frontalis, yang bila diikuti pada ujung yang satu diraba ubun-ubun besar dan pada ujung lain teraba

pangkal hidung dan lingkaran orbita. Pada presentasi dahi ini mul dan dagu tidak dapat diraba. Pada proses persalinan membutuhkan waktu lama dan hanya 15% berlangsung spontan (Wiknjosastro, 2008).

(b) Presentasi muka

Presentasi muka adalah keadaan di mana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka merupakan bagian terendah menghadap ke bawah, dikatakan presentasi muka sekunder bila baru terjadi pada waktu persalinan. Pada pemeriksaan dalam bila muka sudah masuk ke dalam rongga panggul, jari pemeriksa dapat meraba dagu, mulut, hidung dan pinggir orbita. Presentasi ini dapat ditemukan pada panggul sempit atau pada janin besar, multiparitas dan perut gantung. Kesulitan kelahiran pada presentasi muka dengan posisi mento posterior ini disebabkan karena kepala sudah berada dalam defleksi maksimal dan tidak mungkin menambah defleksinya lagi, sehingga kepala dan bahu terjepit dalam panggul dan persalinan tidak akan maju. Kesulitan persalinan dapat terjadi karena adanya kesempitan panggul dan janin yang besar yang menyebabkan presentasi muka (Wiknjosastro, 2008).

(c) Posisi oksiput posterior peristens

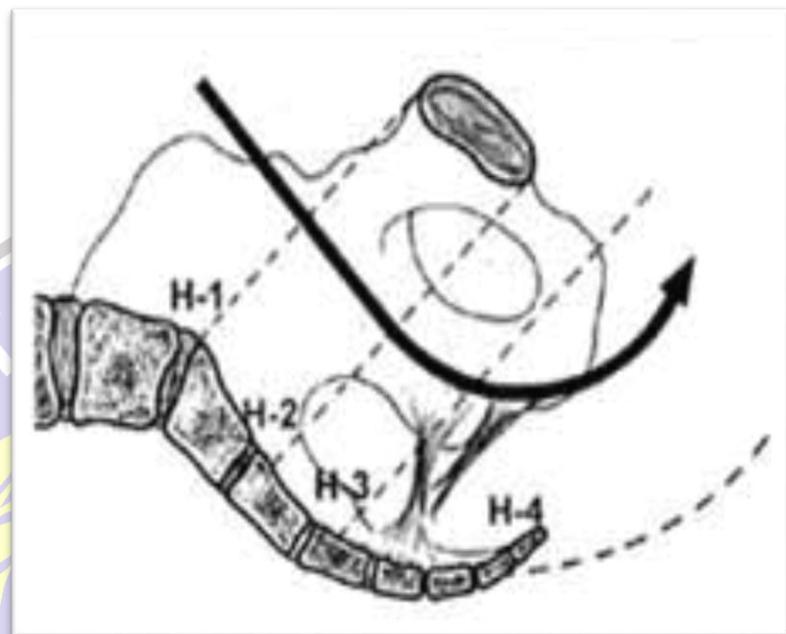
Posisi oksiput posterior peristens adalah keadaan dimana ubun-ubun kecil tidak berputar ke depan, sehingga tetap di belakang. Penyebabnya ialah usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Contohnya otot-otot dasar panggul yang sudah lembek pada multipara sehingga tidak ada paksaan pada belakang kepala janin untuk memutar ke depan atau pada panggul android yang diameter anteroposterior panggul lebih panjang dari diameter transversa atau segmen depan menyempit seperti pada panggul android maka ubun-ubun kecil akan mengalami kesulitan memutar ke depan (Wiknjosastro, 2008).

4. Bidang hodge

Bidang-bidang hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge dibagi menjadi 4 yaitu:

- a. Hodge I: bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promotorium
- b. Hodge II: bidang yang sejajar hodge I setinggi bagian bawah simpisis
- c. Hodge III: bidang yang sejajar dengan hodge I sejajar dengan spina ischiadika

- d. Hodge IV: bidang yang sejajar dengan hodge 1 setinggi tulang koksigis (Sulistyawati, 2010).



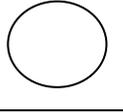
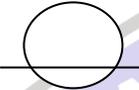
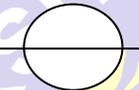
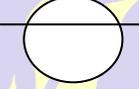
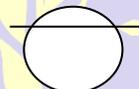
Gambar 2.16

Bidang Hodge

Sumber: Fitriani, 2016

Tabel 2.5

Penurunan Kepala Janin Menurut
Sistem Perlimaannya

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
 = 4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 = 1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul
 = 0/5	H IV	Di perineum

Sumber : (Saifuddin dkk, 2013)

5. Penolong persalinan

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

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

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

a) Posisi

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

1) Posisi duduk atau setengah duduk

Posisi ini dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan bagi ibu untuk beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini

adalah gaya grafitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya.

2) Jongkok atau berdiri

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

3) Posisi merangkak

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

4) Posisi terlentang

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

b) Psikis ibu

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

6. Pendamping persalinan

Pendamping persalinan merupakan faktor pendukung dalam lancarnya persalinan. Dorong dukungan berkesinambungan, harus ada seseorang yang menunggui setiap saat, memegang tangannya dan memberikan kenyamanan (Walyani, 2014).

F. Klasifikasi persalinan

1. Bentuk persalinan dapat dibedakan menjadi 2:

a) Persalinan normal

Persalinan normal menurut WHO (2010) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses

persalinan, bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat. Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah (Oktarina, 2016).

b) Persalinan Abnormal

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi caesar (Annisa, 2017).

2. Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:

a) Persalinan Spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri atau melalui jalan lahir ibu tersebut.

b) Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan operasi section caesar.

c) Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin.

3. Berdasarkan lama kehamilan dan berat janin dibagi menjadi enam, yaitu:

a) Abortus

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

b) Immaturus

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

c) Prematurus

Persalinan pada usia kehamilan 28 minggu sampai dengan 36 minggu dengan berat janin kurang dari 1000-2499 gram.

d) Aterm

Persalinan antara usia kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu dengan berat janin di atas 2500 gram.

e) Serotinus/ postmatur persalinan yang melampaui usia kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda postmatur.

f) Presipitatus

Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam (Annisa dkk,2017).

G. Perubahan fisiologis maternal selama persalinan

1. Tekanan darah

Tekanan darah Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20)mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mm Hg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

Untuk memastikan tekanan darah yang sebenarnya, pastikan mengeceknya dengan baik pada interval antar kontraksi, lebih disukai dengan posisi ibu berbaring miring. Apabila wanita merasa takut atau khawatir pertimbangkan kemungkinan bahwa rasa takutnya (bukan preeklamsianya) menyebabkan peningkatan tekanan darah. Cek parameter lain untuk menyingkirkan kemungkinan pre eklampsia.

2. Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat

dari peningkatan suhu tubuh denyut nadi, pernapasan curah jantung dan cairan yang hilang.

Peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapat perhatian serta ditindaklanjuti guna mencegah terjadinya dehidrasi.

a) Suhu

Sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah persalinan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

Peningkatan suhu sedikit ialah normal, namun, bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi, dan parameter lain harus dicek. Begitupula pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada keadaan ini.

b) Denyut nadi

Denyut nadi (frekuensi jantung) Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini

Mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Cek parameter lain untuk menyingkirkan kemungkinan proses infeksi.

c) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis. Sulit untuk memperoleh temuan yang akurat dalam hal pernapasan karena frekuensi dan irama pernapasan dipengaruhi oleh rasa senang, nyeri, rasa takut dan penggunaan teknik pernapasan. Amati pernapasan wanita dan bantu dia mengendalikannya untuk menghindari hiperventilasi yang panjang yang ditandai oleh rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing.

d) Perubahan Pada Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan per laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama kehamilan.

Sedikit proteinuria (renik,1+) umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin. Proteinuria 2+ dan lebih adalah data yang abnormal.

Kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah (1) obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan (2) trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama, yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pascapartum awal.

Lebih sering terjadi pada ah wanita primipara, atau yang mengalami anemia atau yang persalinannya lama Mengindikasikan preeklampsia.

e) Perubahan saluran cerna

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Makanan yang diingesti selama periode menjelang persalinan atau fase

prodromal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, khawati yang menandai akhir fase pertama persalinan.

Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan penderitaan umum selama masa transisi. Oleh karena itu, wanita harus dianjurkan untuk tidak makan dalam porsi besar atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum ketika keinginan timbul guna mempertahankan energi dan hidrasi. Pemberian obat-obatan oral tidak efektif selama persalinan. Perubahan pada saluran cerna atau kemungkinan timbul sebagai respons terhadap salah satu atau kombinasi faktor-faktor berikut: kontraksi uterus, nyeri, rasa takut dan khawatir, obat atau komplikasi (Sursiah, 2010).

H. Kebutuhan dasar persalinan

Ada beberapa kebutuhan dasar ibu selama proses persalinan antara lain:

1. Dukungan fisik dan psikologis

Setiap ibu yang akan memasuki masa persalinan maka akan muncul perasaan takut, khawatir, ataupun cemas terutama pada ibu primipara. Perasaan takut dapat meningkatkan nyeri,

otor-otot menjadi tegang dan ibu menjadi ceper lelah yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan.

Bidan adalah orang yang diharapkan ibu sebagai pendamping persalinan yang dapat diandalkan serta mampu memberikan dukungan, bimbingan dan pertolongan persalinan. Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Asuhan yang mendukung berarti bersifat aktif dan ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sedang sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir dan memantu wanita yang sedang dalam persalinan.

Dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat pasien (suami, keluarga, teman, perawat, bidan maupun dokter). Pendamping persalinan hendaknya orang yang sudah terlibat sejak dalam kelas-kelas antenatal. Mereka dapat membuat laporan tentang kemajuan ibu dan secara terus menerus memonitor kemajuan persalinan.

Bidan harus mampu memberikan perasaan kehadiran

- a) Selama bersama pasien, bidan harus konsentrasi penuh untuk mendengarkan dan melakukan observasi
- b) Membuat kontak fisik: mencuci muka pasien, menggosok punggung dan memegang tangan pasien dan lain lain

- c) Menempatkan pasien dalam keadaan yakin (bidan bersikap tenang dan bisa menenangkan pasien)

Ada lima kebutuhan daur bagi wanita dalam persalinan menurut Leser&Keane ialah:

- a) Asuhan fisik dan psikologis
- b) Kehadiran seorang pendamping secara terus menerus
- c) Pengurangan rasa sakit
- d) Penerimaan atas sikap dan perilakunya
- e) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman

Hasil penelitian (RCT) telah memperlihatkan efektifnya dukungan fisik, emosional dan psikologie selama persalinan dan kelahiran. Dalam Cochrane Database, suatu kajian ulang sistematis dari 14 percobaan percobaan yang melibatkan 5000 wanita memperlihatkan bahwa kehadiran seorang pendamping secara terus menerus selama persalinan dan kelahiran akan menghasilkan:

- a) Kelahiran dengan tindakan (forceps, vacuum maupun seksio sesaria) menjadi berkurang
- b) APGAR Score <7 lebih sedikit-Hasil kelahiran bertambah baik
- c) Bersifat sayang ibu.

- d) Lamanya penalinan menjadi semakin pendek melahirkan mereka dalam
- e) Kepuasan ibu yang semakin besar dalam pengalaman melahirkan mereka

Metode mengurangi rasa sakit yang diberikan secara terus menerus dalam bentuk dukungan mempunyai keuntungan-keuntungan:

- a) Sederhana
 - b) Efektif
 - c) Biayanya murah
 - d) Resikonya rendah
 - e) Membantu kemajuan persalinan
2. Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makan padat lebih lama tinggal dalam lambung dari pada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Bila ada pemberian obat, dapat juga merangsang terjadinya mual/muntah yang dapat mengakibatkan terjadinya aspirasi ke dalam paru-paru, untuk mencegah dehidrasi, pasien dapat diberikan banyak minum segar(jus buah, sup) selama proses persalinan, namun bila mual/muntah dapat diberikan cairan IV(RL)

3. Kebutuhan eliminasi

Kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses peralihan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan keterisasi oleh karena kandung kencing yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus. Rektum yang penuh akan mengganggu penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien mengatakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan gejala masuk pada kala II. Bila diperlukan sesuai indikasi dapat dilakukan lavement.

4. Positioning dan aktivitas

Persalinan dan kelahiran merupakan suatu peristiwa yang normal tanpa disadari dan mau tidak mau harus berlangsung. Untuk membantu ibu agar tetap tenang dan rileks sedapat mungkin bidan tidak boleh pemilihan posisi yang diinginkan oleh ibu dalam persalinannya. Sebaliknya, peranan bidan adalah untuk mendukung ibu dalam pemilihan posisi apapun yang dipilihnya, menyarankan alternatif- alternatif hanya apabila tindakan ibu tidak efektif atau membahayakan bagi dirinya sendiri atau bagi bayinya. Bila ada anggota keluarga yang hadir untuk melayani sebagai pendamping ibu, maka

bidan bias menawarkan dukungan pada orang yang mendukung ibu tersebut.

Bidan memberitahu ibu bahwa ia tidak perlu terlentang terus menerus dalam masa penalinanya. Jika ibu sudah semakin putus asa dan merasa tidak nyaman, bidan bisa mengambil tindakan yang pasif untuk merubah kebiasaan atau merubah setting tempat yang sudah ditentukan (seperti misalnya menyarankan agar ibu berdiri atau berjalan-jalan). Bidan harus memberikan suasana yang nyaman dan tidak menunjukkan ekspresi yang terburu-buru, sambil membenikan kepastian yang menyenangkan serta pujian lainnya.

Saat bidan memberikan dukungan fisik dan emosional dalam persalinan, atau membantu keluarga untuk memberikan dukungan bidan tersebut harus melakukan semuanya itu dengan cara persalinan, bidan tersebut harus melakukan semuanya itu dengan cara yang bersifat sayang ibu meliputi:

- a) Aman, sesuai evidence based, dan memberi sumbangan pada keselamatan jiwa ibu.
- b) Memungkinkan ibu merasa nyaman, aman, secara emosional serta merasa didukung dan didengarkan
- c) Menghormati praktek-praktek budaya, keyakinan agama, dan ibu/keluarga sebagai pengambil keputusan

- d) Menggunakan cara pengobatan yang sederhana sebelum memakai teknologi yang canggih
- e) Memastikan bahwa informasi yang diberikan adekuat serta dapat dipahami ibu

Posisi Untuk Persalinan

- a) Posisi Alasan/Rasionalisasi
 - 1) Duduk atau setengah duduk-Lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/ mensupport perineum.
 - 2) Posisi merangkak-Baik untuk penalinan dengan punggung yang sakit .
 - (a) Membantu bayi melakukan rotasi
 - (b) Peregangan minimal pada perineum
 - b) Berjongkok atau berdiri-Membantu penurunan kepala bayi
 - 1) Memperbesar ukuran panggul : menambah 28 % ruang outdletnya
 - 2) Memperbesar dorongan untuk meneran (bisa kontribusi pada laserasi perineum)
- c) Berbaring miring ke kiri- Memberi rasa santai bagi Ibu yang letih
 - 1) Memberi oksigenasi yang baik bagi bayi

2) Membantu mencegah terjadinya laserasi

d) Mengapa tidak boleh bersalin dalam posisi terlentang/lithotomi

1) Dapat menyebabkan Sindrome supine hypotensi karena tekanan pada vena kava inferior oleh kavum uteri, yang mengakibatkan ibu pingsan dan hilangnya oksigen bagi bayi.

2) Dapat menambah rasa sakit

3) Bisa memperlama proses persalinan

4) Lebih sulit bagi ibu untuk melakukan pernapasan

5) Membuat buang air lebih sulit

6) Membatasi pergerakan ibu

7) Bisa membuat ibu merasa tidak berdaya

8) Bisa membuat proses meneran menjadi lebih sulit

9) Bisa menambah kemungkinan terjadinya laserasi pada perineum

10) Bisa menimbulkan kerusakan syaraf pada kaki dan punggung

11)

5. Pengurangan rasa nyeri

Penny Simpkin menjelaskan cara-cara untuk mengurangi rasa sakit ini ialah:

- a) Mengurangi sakit di sumbernya
- b) Memberikan rangsangan alternatif yang kuat
- c) Mengurangi reaksi mental yang negatif, emosional, dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit.

Pendekatan-pendekatan untuk mengurangi rasa sakit, menurut Varney's Midwifery

- a) Adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan
- b) Pengaturan posisi Relaksasi dan latihan pernafasan
- c) Istirahat dan privasi
- d) Penjelasan mengenai proses/kemajuan/prsedur yang akan dilakukan
- e) Asuhan diri
- f) Sentuhan dan masase
- g) Counterpressure untuk mengurangi tegangan pada ligament
- h) Pijatan ganda pada pinggul

- i) Kompres hangat dan kompres dingin
- j) Penekanan pada lutut
- k) Berendam
- l) Pengeluaran suara
- m) Visualisasi dan pemusatan perhatian
- n) Musik

Sedangkan Sumurah (2008) mengategorikan kebutuhan ibu dalam proses persalinan meliputi

- a) Kebutuhan fisiologis
 - 1) Oksigen
 - 2) Makan dan minum
 - 3) Isirahat selama tidak ada his
 - 4) Kebersihan badan terutama genitalia
 - 5) Buang air kecil dan buang air besar
 - 6) Pertolongan persalinan yang terstandar
 - 7) Penjahitan perineum bila perlu
- b) Kebutuhan rasa aman
 - 1) Memilih tempat dan penolong persalinan
 - 2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
 - 3) Posisi tidur yang dikehendaki ibu

- 4) Pendampingan oleh keluarga.
 - 5) Pantauan selama persalinan
 - 6) Intervensi yang diperlukan
- c) Kebutuhan dicintai dan mencintai
- 1) Pendampingan oleh suami/keluarga
 - 2) Kontak fisik (memberi sentuhan ringasn)
 - 3) Masase untuk mengurangi rasa saki
 - 4) Berbicara dengan suara yang lembut dan sopan.
- d) Kebutuban harga diri
- 1) Merawat bayi sendiri dan menetekinya
 - 2) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu
 - 3) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati
 - 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
 - 5) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan.
- e) Kebutuhan aktualisasi diri
- 1) Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan
 - 2) Memilih pendamping selama persalinan
 - 3) Bounding and attachment

(Walyani,2016).

I. Tahap persalinan

1. Kala I kala pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan di bagi menjadi 2 fase:

a) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.

- 1) Pembukaan kurang dari 4 cm
- 2) Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam

b) Fase aktif

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat/3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- 2) Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
- 3) Terjadi penurunan bagian terbawah janin
- 4) Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase, yaitu:

- (a) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.

(b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm.

(c) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm/lengkap.

2. Kala II: kala pengeluaran janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar.

Pada kala II ini memiliki ciri khas:

- a) His terkoodinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali.
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektorik menimbulkan rasa ingin mengejan.
- c) Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perinium meregang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin.

Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu:

- a) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam -2 jam
- b) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam-1 jam

Pimpinan persalinan

Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut dikatup, dengan sikap seperti di atas, tetapi badan miring kearah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas.

3. Kala III: kala uri

Yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta). Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba kras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan uri, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (brand androw, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200cc

Tanda kala II terdiri dari 2 fase

a) Fase pelepasan uri

Mekanisme pengeluaran uri

1) *Schutzel*

Data ini sebanyak 80% yang lepas terlebih dahulu di tengah kemudian terjadi reteroplasenterhematoma yang menolak uri mula-mula di tengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

2) *Dunchan*

(a) Lepasnya uri mulai dari pinggirnya, jadi lahir terlebih dahulu dari pinggir (20%)

(b) Darah akan mengalir semua antara selaput ketuban

3) *Serempak dari tengah dan pinggir plasenta.*

b) Fase pengeluaran uri

Prasat-prasat untuk mengetahui lepasnya uri yaitu:

1) *Kustner*

Meletakkan tangan dengan tekanan pada/di atas simfisis, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas, bila talipusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas.

2) *Kien*

Sewaktu ada his kita dorong sedikit rahim, bila talipusat kembali berarti belum lepas, bila diam/turun berarti sudah terlepas.

3) *Strasman*

Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah lepas.

4) Rahim menonjol diatas symfisis

5) Tali pusat bertambah panjang

6) Rahim bundar dan keras

7) Keluar darah secara tiba-tiba

4. Kala IV

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lokia yang berasal dari sisa-sisa jaringan (Walyani, 2015)

J. Tanda dan gejala menjelang persalihan

1. Adanya penyumbatan mucus atau pendarahan.

Leher rahim mulai melunak dan membesar membuat sejumlah mucus (lendir) menyumbat dan menutupi leher rahim. Munculnya cairan berwarna kemerahan atau kecokelatan.

2. Pecah membran atau pecah ketuban

Pecahnya kantung amniotic merupakan tanda awal persalinan yang akan diikuti dengan kontraksi yang lebih intensif. Pada umumnya, cairan ketuban berwarna bening dan tidak berbau, dan akan terus keluar sampai pada saat melahirkan.

3. Kontraksi yang bersifat regular

Hal ini menandakan bahwa bayi akan segera lahir. Kontraksi akan terjadi lebih teratur, intensitas dan lamanya kontraksi juga akan berlangsung lebih lama. Kontraksi mengawali sebuah proses yang mendorong bayi keluar secara perlahan-lahan melalui uterus bawah sehingga kelahiran menjadi semakin dekat (Nurdiansyah, 2011).

K. Ketidaknyamanan Persalinan

1. Kala I

- a) Sakit pinggang yang hilang timbul
- b) Kram perut
- c) Kram tungkai
- d) Sering buang air kecil
- e) Aliran lendir yang licin bercampur darah
- f) Mules-mules
- g) Rasa tertekan di area pelvis minor

h) Gangguan saluran cerna (diare, kesulitan mencerna mual dan muntah bukan karena sebab lain)

2. Kala II

- a) Desakan mencejan
- b) Rasa ingin buang air besar

3. Kala III

- a) Mules-mules kadang kram perut

4. Kala IV

- a) After pain
- b) Rasa sakit pada luka bekas jahitan
- c) Kelelahan
- d) Nyeri badan (Varney H, dkk, 2008)

L. Masalah Persalinan

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

1. Janin terlilit tali pusat

Kondisi ini kerap membuat para calon ibu khawatir. Pasalnya ada penelitian yang mengatakan 25% janin mengalami hal ini. Dan ada juga penelitian yang mengatakan sekitar 20% persalinan normal. Terdapat beberapa tali pusat yang tidak membahayakan janin sehingga dipastikan dengan pemeriksaan *ultrasonografi*. Dengan pemeriksaan ini dapat dilihat posisi

lokasi lilitan tali. Beberapa kali lilitan terjadi dan bagaimana aliran darah di daerah lilitan tersebut bisa diketahui apakah lilitan tali pusar tersebut membahayakan janin atau tidak. Kondisi bayi yang terlilit tali pusar akan berpengaruh terhadap ibu dan si jabang bayi, yaitu :

- a) Gangguan proses persalinan normal, karena janin tidak turun ke rongga panggul menuju jalan lahirnya

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

- b) Posisi bayi sungsang

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

Eksternal Cephalic Version (ECV) atau memutar janin.

Tindakan ini dapat dilakukan bila :

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

c) Bayi lahir dengan *sindroma down*

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

d) Bayi lahir premature

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

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

9) Hamil di usia yang sudah tua.

2. Plasenta previa

Plasenta previa dimana plasenta tumbuh di tempat yang salah. Seharusnya plasenta terbentuk di sepanjang bagian atas rahim. Namun pada kasus ini plasenta justru melekat atau menutupi serviks. Kondisi ini mengganggu proses persalinan karena plasenta menutupi jalur lahir dan sekitar 0,5% ibu hamil mengalami plasenta previa. Letak plasenta yang tidak pada tempatnya ini bisa diketahui sejak sebelum proses persalinan.

Plasenta previa biasanya dapat terdeteksi melalui *ultrasonografi*.

Jika terdeteksi tumbuh di bawah rahim pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu, maka ibu hamil dinyatakan positif mengalami plasenta previa. Jika plasenta menghalangi jalan lahir maka diputuskan untuk persalinan SC. Tanda klinis dari plasenta previa adalah *painless bleeding* atau perdarahan tanpa nyeri. Hal ini harus ditangani cepat dan tepat karena berakibat fatal bagi ibu dan janin. Penyebabnya masih belum diketahui.

Terdapat beberapa resiko terjadinya plasenta previa yakni:

- a) Pernah melakukan kuratasae dan operasi caesar di kehamilan sebelumnya
- b) Kehamilan kembar
- c) Memiliki endometrium, merokok
- d) Hamil di bawah usia 20 tahun atau di atas 30 tahun

e) Memiliki riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya.

3. Pre eklampsia dan postpartum eklampsia

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

eklampsia penanganannya dilakukan oleh dokter dengan memberikan obat-obatan seperti magnesium sulfat untuk mencegah dan mengatasi kejang. Lalu suntikan *labelatol*, *nicardipine*, *nifedipine*, atau hidralazin untuk menurunkan tekanan darah.

4. Ketuban pecah dini

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

- a) Periksa kehamilan secara teratur dan segera ke obgyn jika merasa ada yang tidak normal dengan kehamilan atau di daerah kemaluan.
- b) Bersihkan daerah kemaluan dengan dari mulai depan ke belakang.

- c) Jika mulut rahim cenderung lemah segera hentikan melakukan hubungan seksual.
- d) Konsumsi vitamin C secara teratur terlebih saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu.

5. BBLR (Berat Badan Bayi Lahir Rendah)

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

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

Pencegahan berat badan bayi lahir rendah :

- 1) Mengonsumsi makanan yang dianjurkan dokter obgyn

Selalu menjaga kehamilan berkembang normal. Sedangkan penanganan bayi lahir dengan berat badan rendah adalah memantau asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh bayi.

M. Teori dalam lembar observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada 2 tanda berikut ini yaitu:

1. Kontraksi uterus (HIS) teratur dengan sekurang-kurangnya terjadi 1 his dalam 10 menit.

2. Perubahan serviks berupa pendataran dan atau dilatasi serviks

Persalinan kala 1 dibagi menjadi dua fase yaitu:

a) persalinan kala 1 fase laten

- 1) fase laten dimulai pada awal persalinan dan berakhir pada dilatasi 3 cm. pada primigravida, akhir fase laten ditandai dengan pendataran serviks sempurna. Namun pada multipara, pada akhir fase laten serviks belum mendatar sepenuhnya. Dilatasi serviks pada fase laten berlangsung perlahan.

- 2) Biasanya fase laten berlangsung dalam waktu 8 jam

- 3) Selama fase laten terjadi kemajuan frekuensi dan durasi his secara progresif

c) Persalinan kala 1 fase aktif

- 1) Fase ini dimulai saat dilatasi serviks mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi serviks lengkap

- 2) Selama fase aktif, dilatasi serviks berlangsung semakin progresif

- 3) Kecepatan dilatasi serviks rata-rata selama fase aktif kira-kira 1,5 cm per jam dan pada nulipara kira-kira 1 cm per jam. Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi serviks yaitu diambil adalah 1 cm per jam.

d) Penatalaksanaan awal persalinan kala 1 fase laten

- a) Bila pasien MKB pada awal persalinan dan pada pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal maka yang harus dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila pasien mengeluhkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan dan minum seperti biasa, disarankan untuk jalan-jalan
- b) Fase aktif tidak boleh melebihi waktu 8 jam dengan demikian maka diagnose saat awal inpartu harus dipertimbangkan secara hati-hati untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebihan dan tidak perlu.

N. Teori Partograf

1. Pengertian Partograf

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

2. Tujuan Partograf

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

3. Penggunaan Partograf

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

4. Bagian-bagian partograf :

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

5. Cara mencatat temuan pada partograf

Informasi awal/ saat datang ke tempat bersalin:

- a) Nama, umur.
- b) Gravida, para, abortus.
- c) Nomor catatan medik/nomerpuskesmas
- d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (jika dirumah tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
- e) Waktu pecahnya selpaut ketuban.

6. Kondisi janin

- a) Denyut jantung janin

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

- b) Moulase tulang kepla janin.

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

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

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

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

3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi dapat dipisahkan.

7. Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks

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

b) Turunnya kepala janin (bagian bawah janin)

Jika kemajuan persalinan normal, pembukaan serviks harus diikuti turunnya kepala janin. Tetapi kadangkala turunnya kepala janin mulai terjadi dari pembukaan serviks sebesar 7 cm.

Turunnya kepala janin diukur dengan pemeriksaan luar dengan memperhatikan bagaimana jari-jari dapat melingkupi kepala sampai bagian kepala yang tidak masuk kedalam panggul, skala turunnya kepala dan garis tidak terputus dari 0-5.

c) His (kontraksi uterus)

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

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

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

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

8. Kondisi ibu

a) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban

Lambang-lambang yang ditulis dalam partograf:

U: selaput ketuban masih utuh.

J: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

K : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban sudah kering.

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



- 1) Nada ibu diukur setiap 30 menit sekali diberi tanda (.) pada kolom waktu ng sesuai.
- 2) Temperatur tubuh ibu diukur setiap 2 jam sekali catatlah hasil pemeriksaan pada kotak tersedia.
- 3) Volume produksi urin, aseton, dan protein

Ukur dan catat jumlah urin ibu sedikitnya 2 jam sekali. Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih lakukan pemeriksaan aseton dan protein urin.

- c) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

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

9. Pada bagian belakang partograf

Pada bagian belkang partograf terdapat sebagian informasi tambahan mengenai penatalaksanaan atau pengamatan selama dan sesudah proses persalinan. Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut :

- a) Data-data informasi umum
- b) Kala 1-IV persalinan
- c) Bayi baru lahir.

10. Cara pengisian lembar belkang partograf:

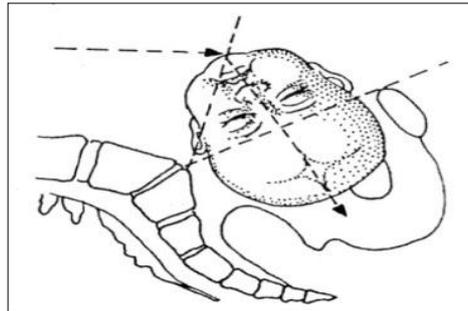
- a) Usahakan agar pengisian dilakukan selengkap mungkin, jangan ada yang dikosongkan.

- b) Kata-kata yang dicetak tebal merupakan masalah utama yang terjadi pada kala I,II,III,dan IV.
- c) Apabila terjadi masalah beri tanda (√) pada yang ada di depan masalah yang sesuai. Dengan cara yang sama pilih jenis tindakan yang dilakukan. Apabila masalah atau tindakan tidak tercantum dalam pilihan yang ada tulislah keterangan dibelakang lain-lain.....
- d) Untuk pilihan dengan tanda bintang (*) pilih salah satu.
(Sri rahayu, 2017).

O. Mekanisme Persalinan Normal

1. Engagement

Pada tahap *engagement* (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitismus (Wiknjosastro, 2009). Menambahkan *sinklitismus* yaitu bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atau panggul. Varney (2007) menjelaskan *engagement* terjadi untuk posisi LOT dan ROT dengan sutura sagitalis janin dengan diameter transversum pada pintu atas panggul dan diameter biparietal janin dalam diameter *anteroposterior* pada pintu atas panggul.

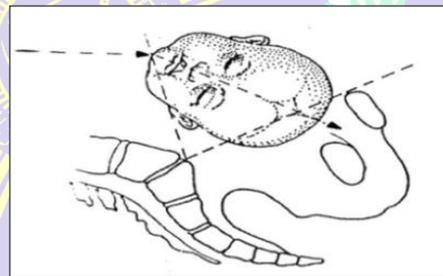


Gambar 2.17
Sinklitismus

Sumber : Wiknjosastro, dkk. 2009.

2. *Descent*

Pada tahap *descent* (penurunan kepala) terjadi peristiwa asinklitismus posterior (Litzman) pada simpisis di mana apabila keadaan sebaiknya dari asinklitismus anterior.



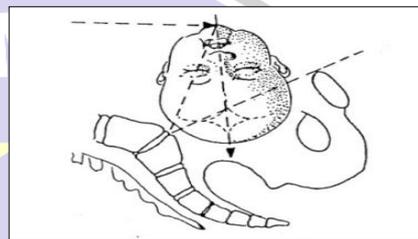
Gambar 2.18
Asinklitismus anterior

Sumber : Wiknjosastro, dkk. 2009.

3. Fleksi

Pada tahap ini terjadi peristiwa asinklitismus anterior (Neagele) pada promotorium, di mana apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul. Menurut Oxorn (2010), menambahkan bahwa

tahanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun mendahului sinciput, UUK lebih rendah dari pada bregma dan dagu janin mendakati dadanya. Efek dari fleksi ini adalah untuk merubah diameter terendah dari occipitofrontalis (11,0 cm) menjadi subicchioito bregmatika (9,5 cm) yang lebih kecil dan lebih kuat.



Gambar 2.19
Asinklitismus posterior

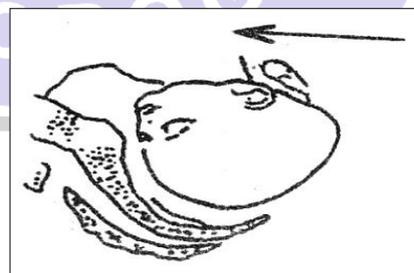
Sumber : Wiknjosastro, dkk. 2009.

4. Rotasi internal

Terjadi putaran paksi dalam di dasar panggul. Oxorn (2010) menambahkan bahwa sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan sumbu panjang panggul ibu. Karenanya kepala janin yang nasuk PAP pada diameter atau obliqua harus berputar ke diameter anteroposterior supaya dapat lahir. Inilah yang dimaksud putaran paksi dalam. Pada saat ini UUK masuk ke PTP tempat berhubungan dengan dasar panggul (*musculus* dan *facia levator ani*). Ditempat ini UUK berputar 45° ke kanan ke diameter anteroposterior panggul: LOA ke OA. UUK mendekasi simpisis pubis dan sinciput mendekati sacrum.

5. Ekstensi

Pada tahap ini terjadi moulage kepala janin, ekstensi, hipmoklin UUK di bawah simpisis. Oxorn (2010) menambahkan pada dasarnya ekstensi disebabkan oleh dua kekuatan yaitu : (1) kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah, dan (2) dasar panggul yang memberikan tahanan. Oleh karena dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4 sampai 5 cm sedangkan dinding belakang (sacrum) 10 sampai 15 cm, dengan demikian siniciput harus menempuh jarak yang lebih panjang dari pada occiput. Dengan demikian semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (Crowning). Occiput melewati PAP secara perlahan dan tengkuk menjadi titik putar di *angulus subpubicus*, kemudian dengan proses ekstensi yang cepat siniciput menelusuri sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirlah bregma, dahi, hidung, mulut, dan dagu melalui perineum.



Gambar 2.20
Kepala janin ekstensi

Sumber : Manuaba, dkk. 2010.

6. Ekspulsi kepala janin

Terjadi peristiwa lahirnya secara berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.

7. Rotasi eksternal

Pada tahap ini terjadi putaran paksi luar (restitusi). Oxorn (2010) menambahkan pada waktu kepala mencapai dasar panggul maka bahu memasuki panggul. Oleh karena panggul tetap berada pada diameter obliqua sedangkan kepala berputar ke depan, maka leher ikut berputar. Begitu kepala dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan restitusi kembali 45° (OA menjadi LOA) sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali.



Gambar 2.21
Rotasi Eksternal

Sumber : Manuaba, Ida Ayu Candradinata, dkk. 2010.

2.1.3 Masa Nifas

A. Definisi Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan ke- hamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Heryani, 2010)

B. Tujuan Asuhan

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologinya
2. Melaksanakan *screening* ang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi yang sehat
4. Memberikan pelayanan KB
5. Mempercepat involusi alat kandung

6. Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium
7. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme (Sari,2018)

C. Perubahan Fisiologi masa nifas

1. Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Perubahan – perubahan normal pada uterus selama *postpartum* adalah sebagai berikut:

Tabel 2.6
Perubahan normal pada uterus selama *postpartum*

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : (Heryani,2010)

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

a. *Iskema miometrium*

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta

sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi

b. *Atrofi jaringan*

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

c. *Autolysis*

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

d. *Efek oksitosin*

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

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil (Heryani,2010).

2. Involusi tempat plasenta

a. Perubahan integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mamae, dinding perut dan beberapa lipatan sendi karena pengaruh hormone, akan menghilang selama masa nifas (Maritalia, 2014).

b. Lokia

Lokia adalah istilah untuk secret dari uterus yang keluar melalui vagina selama purperinium. Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Lokia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak menyengat dan volumenya berbeda setiap wanita.

Pengeluaran lokea dapat dibagi menjadi lokia lubra, sanguilenta, serosa, dan alba. Perbedaan masing-masing lokea dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 2.7
Perbedaan lokea

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

Sumber : (Heryani, 2010).

Jumlah lokia lebih sedikit bila wanita post partum dalam posisi berbaring dari pada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar saat berdiri.

c. Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran

vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dari uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan.

Selama kehamilan, serviks mengalami perubahan karena pengaruh hormone estrogen. Meningkatnya kadar hormone estrogen pada saat hamil dan disertai dengan hipervaskularisasi mengakibatkan konsistensi serviks menjadi lunak.

Hampir 90 % struktur serviks terdiri atas jaringan ikat dan hanya sekitar 10 % berupa jaringan otot . Serviks tidak mempunyai fungsi sebagai sfingter. Sesudah partus, serviks tidak secara otomatis akan menutup seperti sfingter. Membukanya serviks pada saat persalinan hanya mengikuti tarikan-tarikan korpus uteri ke atas dan tekanan bagian bawah janin ke bawah.

Segera setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak.

Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1

minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari (Maritalia, 2014).

d. Peruban vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong, bagian depan dibatasi oleh clitoris, bagian belakang oleh perineum, bagian kiri dan kanan oleh labia minora. Pada vulva, dibawah clitoris, terdapat orifisium uretra eksterna yang berfungsi sebagai tempat keluarnya urin. Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

e. Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm. Bentuk vagina sebelah dalam disebut rugae. Lipatan-lipatan ini memungkinkan vagina melebar sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak jalan lahir.

Vagina tersusun atas jaringan ikat yang mengandung banyak pembuluh darah. Selama kehamilan, terjadi hipervaskularisasi lapisan jaringan tersebut dan mengakibatkan dinding vagina berwarna kebiru-biruan (livide).

Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali.

Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea.

Secara fisiologis, lochea yang dikeluarkan dari cavum uteri akan berbeda karakteristiknya dari hari ke hari. Hal ini disesuaikan dengan perubahan yang terjadi pada dinding uterus akibat penurunan kadar hormone estrogen dan progesterone (Dewi, 2014).

3. Perubahan sistem pencernaan

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

Setelah melahirkan, ibu biasanya mengalami konstipasi, disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebih pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorrhoid, lacerasi jalan lahir.

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

- a. Nafsu makan
- b. Motilitas
- c. Pengosongan usus (Dewi, 2014).

4. Perubahan sistem perkemihan

- a. Terjadi diuresis yang sangat banyak dalam hari-hari pertama puerperium. Diuresis yang banyak mulai segera setelah persalinan sampai 5 hari postpartum. 40% ibu postpartum tidak mempunyai proteinuri yang patologis dari

segera setelah lahir sampai hari kedua post partum, kecuali ada gejala infeksi dan preklamsi

- b. Dinding saluran kencing memperlihatkan oedema dan hyperaemia. Kadang – kadang oedema dari trigonum, menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine. Kandung kencing dalam puerperium kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tinggal urine residual. Sisa urine ini dan trauma pada kandung kencing pada waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter dan *pyelum*, normal kembali dalam 2 minggu (Sari, 2018).

5. Perubahan sistem musculoskeletal

Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih dalam 6 minggu. Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi. Alasannya, ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Akibat terputusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada sat hamil,

dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu (Sutanto, 2018)

6. Perubahan-perubahan tanda vital

Merupakan tanda-tanda penting pada tubuh yang dapat berubah bila tubuh mengalami gangguan atau masalah. Tanda-tanda vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu dan tekanan darah. Tanda-tanda vital ini biasanya saling mempengaruhi satu sama lain. Artinya, bila suhu tubuh meningkat, maka nadi dan pernafasan juga akan meningkat, dan sebaliknya. Tanda-tanda vital yang berubah selama masa nifas adalah:

a. Suhu Tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}$ Celcius dari keadaan normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$), namun tidak lebih dari 38° Celcius. Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Setelah 12 jam postpartum, suhu tubuh yang meningkat tadi akan kembali seperti keadaan semula. Bila suhu tubuh tidak kembali ke keadaan normal atau semakin meningkat, maka perlu dicurigai terhadap kemungkinan terjadinya infeksi.

b. Nadi

Denyut nadi normal berkisar antara 60-80 kali per menit. Pada saat proses persalinan denyut nadi akan mengalami peningkatan. Setelah proses persalinan selesai frekwensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat. Pada masa nifas biasanya denyut nadi akan kembali normal.

c. Tekanan Darah

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

d. Pernafasan

Frekwensi pernafasan normal berkisar antara 18-24 kali permenit. Pada saat partus frekwensi pernafasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Setelah partus selesai, frekwensi pernafasan akan kembali normal.

Keadaan pernafasan biasanya berhubungan dengan suhu dan denyut nadi.

7. Perubahan sistem kardivaskuler

Perubahan hormone selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar Haemoglobin (Hb) wanita hamil biasanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita tidak hamil. Selain itu, terdapat hubungan antara sirkulasi darah ibu dengan sirkulasi janin melalui plasenta. Setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah ibu relative akan meningkat. Keadaan ini terjadi secara cepat dan mengakibatkan beban kerja jantung sedikit meningkat. Namun hal tersebut segera diatasi oleh system homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal. Biasanya ini terjadi sekitar 1 sampai 2 minggu setelah melahirkan (Martalia, 2014).

D. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali. Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah-masalah yang terjadi (Saleha, 2009).

1. Kunjungan I (6-8 jam post partum)

- a. Mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri
- b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
- c. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
- d. Pemberian ASI awal
- e. Menjaga kehangatan bayi

2. Kunjungan II (6 hari post partum)

- a. Memastikan involusi uteri berjalan dengan normal (kontraksi uterus baik, TFU di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal)
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan
- c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
- d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
- e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui
- f. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir

3. Kunjungan III (2 minggu post partum)

Asuhan yang diberikan sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum

4. Kunjungan IV (6 minggu post partum)

Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas, memberikan konseling KB secara dini

E. Tahapan Nifas

1. Puerperium dini

Kepulihan ibu telah diperbolehkan berdiri dan jalan-jalan

2. Puerperium intermedial

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

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih kembali dan sehat sempurna baik selama hamil atau sempurna berminggu-minggu, berbulan-bulan atau tahunan (Sutanto, 2018)

F. Tanda Bahaya Nifas

1. Adanya tanda-tanda infeksi *puerperalis*
2. Demam, muntah, rasa sakit saat berkemih
3. Sembelit atau hemoroid
4. Sakit kepala, nyeri *epigastrik*, dan penglihatan kabur
5. Perdarahan vagina yang luar biasa
6. *Lokhea* berbau busuk dan disertai degan nyeri abdomen atau punggung
7. Puting susu lecet
8. Bendungan ASI

9. Edema, sakit, dan panas pada tungkai
 10. Pembengkakan di wajah atau di tangan
 11. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
 12. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri
- (Susanto, 2018).

G. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar masa nifas antara lain sebagai berikut:

1. Gizi

Ibu nifas dianjurkan untuk:

- a. Makan dengan diet berimbang, cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
- b. Mengonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada 6 bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500kalori/hari dan tahun kedua 400 kalori. Jadi jumlah kalori tersebut adalah tambahan dari kalori per harinya.
- c. Mengonsumsi vitamin A 200.000 iu. Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak (Rahmawati,dkk, 2009).

Tabel 2.8
Penambahan makanan pada wanita dewasa, hamil, dan menyusui

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

Sumber: Suherni.2009

2. Ambulasi

Pemulihan mempercepat membalikkan tonus otot dan vena dari kaki dan mengecangkan perut juga mempercepat pengeluaran lochia. Pemulihan dilakukan sesegera mungkin setelah melahirkan dan kebanyakan ibu dapat berjalan ke kamar mandi \pm 6 jam postpartum.

- a. Jika tidak ada kelainan lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal.
- b. Pada ibu dengan partus normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam post partum, sedangkan pada ibu dengan partus sectio secareabambulasi dini dilakukan

paling tidak setelah 12 jam post partum setelah ibu sebelumnya beristirahat(tidur).

c. Tahapan ambulasi: miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan (mungkin ketoilet untuk berkemih)

d. Manfaat ambulasi dini:

- a. Faal usus dan kandung kencing lebih baik
- b. Menurunkan insiden tromboemolisme
- c. Memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina
- d. Mempercepat tonus otot dan vena (Sari,2018).

3. Kebersihan diri (perinium)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian alas tempat tidur serta lingkungan dimana tempat ibu tinggal.

Perawatan luka perinium bertujuan untuk mencegah terjadi infeksi, meningkatkan rasa nyaman, dan mempercepat penyembuhan. Perawatan kebersihan pada daerah kelamin bagi ibu bersalin secara normal lebih kompleks dari pada ibu bersalin secara operasi karena akan mempunyai luka

episiotomi pada daerah perinium. Bidan mengajarkan kepada ibu bersalin bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Bidan mengajarnya untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian baru membersihkan daerah sekitar anus. Sarankan ibu untuk mencuci tangan menggunakan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

Bagi ibu melahirkan yang mempunyai luka episiotomi, sarankan untuk tidak menyenuh luka. Tips merawat perinium ibu melahirkan normal:

- a. Ganti pembalut setiap 3-4 jam sekali atau bila pembalut sudah penuh, agar tidak tercemar bakteri.
- b. Lepas pembalut dengan hati-hati dari arah depan ke belakang untuk mencegah pindahnya bakteri dari anus ke vagina.
- c. Bilas perinium dengan larutan antiseptik sehabis buang air kecil atau saat ganti pembalut. Keringkan dengan handuk ditepuk-tepuk lembut.
- d. Jangan pegang perinium sampai pulih.
- e. Jangan duduk terlalu lama untuk menghindari tekanan lama ke perinium. Sarankan ibu bersalin untuk duduk di atas bantal untuk mendukung otot-otot di sekitar perinium dan berbaring miring saat tidur.

- f. Rasa gatal menunjukkan luka perinium hampir sembuh. Ibu dapat meredakan rasa gatal dengan berendam air hangat atau kompres panas.
- g. Sarankan untuk latihan kegel untuk merangsang peredaran darah di perinium, agar cepat sembuh (Susanto, 2018).

4. Istirahat dan tidur

a. Anjurkan ibu untuk :

- 1) Istirahat yang cukup untuk mengurangi kelelahan.
- 2) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur.
- 3) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan. Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam.

Kurang istirahat pada ibu nifas dapat berakibat:

- a. Mengurangi jumlah ASI.
- b. Memperlambat *invulasi*, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan, depresi (Rahmawati, 2009).

5. Senam Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang senggama, dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga

kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi secara dini dapat membantu rahim untuk kembali kebentuk semula.

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan ibu (Rahmawati, 2009).

6. Seksualitas masa nifas

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapa saja ibu siap. Tidak dianjurkan untuk melakukan hubungan seksual sampai dengan 6 minggu post partum. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan. Hubungan seksual dapat dilanjutkan setiap saat ibu merasa nyaman untuk memulai, dan aktifitas itu dapat dinikmati (Sari, 2018)

7. Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberi nasihat perkawinan, pengobatan kemandulan, dan penjarangan

kehamilan. KB merupakan salah satu usaha membantu keluarga /individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga berkualitas.

Manfaat keluarga berencana (KB) :

- a. Untuk Ibu
- b. Untuk anak yang dilahirkan
- c. Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- d. Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan - kegiatan lain.
 - 1) Dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang mengandungnya berada dalam keadaan sehat.
 - 2) Sesudah lahir anak tersebut akan memperoleh perhatian, pemeliharaan, dan makanan yang cukup.
Hal ini disebabkan oleh kehadiran anak tersebut yang memang diinginkan dan diharapkan.
- e. Untuk anak yang lain
 - 1) Memberi kesempatan perkembangan fisiknya lebih baik karena memperoleh makanan yang cukup dan sumber yang tersedia dalam keluarga

- 2) Perkembangan mental dan sosial lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang diberikan oleh ibu untuk anak
- 3) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata - mata.

f. Untuk ayah

- 1) Memperbaiki kesehatan fisiknya
- 2) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu luang untuk keluarganya (Bahiyatun, 2009).

8. Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

- 1) Dalam 6 jam ibu sudah harus bisa BAK spontan, kebanyakan ibu dapat berkemih spontan dalam waktu 8 jam.
- 2) *Urin* dalam jumlah yang banyak akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan.
- 3) *Ureter* yang berdilatasi akan kembali dalam waktu 6 minggu.

b. Buang Air Besar (BAB)

- 1) BAB biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena enema persalinan, diit cairan, obat-obatan analgetik, dan *perineum* yang sangat sakit
- 2) Bila lebih dari 3 hari belum BAB bisa diberikan obat *laksantia*
- 3) Ambulasi secara dini dan teratur akan membantu dalam regulasi BAB
- 4) Asupan cairan yang adekuat dan diit tinggi serat sangat dianjurkan (Rahmawati, dkk 2009).

H. Komplikasi Masa Nifas

1. Perdarahan Pervaginam

- a) Atonia Uteri
- b) Robekan jalan lahir
- c) Retensio Plasenta
- d) Tertinggalnya sisa plasenta
- e) Inversio uteri

2. Infeksi Masa Nifas

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

I. Kunjungan masa nifas

1. Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinaan)

Tujuan kunjungan :

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal.
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f) Menjaga bayi tetap sehat untuk mencegah hypotermi (Fitriani, 2014).

2. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Ambarwati dkk, 2013).

3. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinaan)

Sama seperti kunjungan II (6 hari setelah persalinan).

4. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami

b) Memberikan konseling KB secara dini (Pitriani, 2014).



2.1.4 Neonatus

A. Definisi Neonatus

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.

Neonatus ialah bayi yang baru melahirkan proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ekstrauteri. Beralih dari kehidupan intra uteri ke kehidupan ekstra uteri.beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Selain itu pengaruh kehamilan dan proses persalinan mempunyai peranan penting dalam morbiditas dan mortalitas bayi. Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling dramatic dan cepat berlangsung adalah pada sistem pernafasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan sumber glukosa (Rukiyah, 2010).

B. Ciri-ciri bayi normal

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
2. Berat badan 2.500-4.000 gram.
3. Panjang badan 48-52 cm.

4. Lingkar dada 30-38 cm.
5. Lingkar kepala 33-35 cm.
6. Lingkar lengan 11-12 cm.
7. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit
8. Pernapasan \pm 40-60x/menit
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
10. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
11. Kuku agak panjang dan lemas.
12. Nilai APGAR >7
13. Gerak aktif
14. Bayi lahir langsung menangis kuat
15. Reflek *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16. Reflek *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
17. Reflek *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
18. Reflek *grasping* (menggenggam) sudah baik
19. Genetalia
 - a) pada bayi laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis berlubang

b) pada bayi perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan labia mayora

20. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2011).

C. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar

Rahim

Adaptasi neonatal atau bayi baru lahir adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus kekehidupan diluar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostatis, bila terdapat gangguan adaptasi maka bayi akan sakit (Muslihatun, 2010).

1. Periode transisi

Periode ketiga transisi yaitu periode kedua reaktivitas, ini berakhir sekitar 4-6 jam setelah kelahiran, periode ini bayi memiliki tingkat sensitivitas yang tinggi terhadap stimulus internal dan lingkungan. Frekuensi nadi sekitar 120-160 kali permenit, frekuensi pernafasan sekitar 30-60 kali per menit.

Terjadi fluktuasi warna merah jambu atau kebiruan ke sianotik ringan disertai bercak-bercak. Bayi sering berkemih dan mengeluarkan mekonium, terjadi peningkatan sekresi mukus dan bayi bisa tersedak pada saat sekresi. Refleksi

mengisap bayi sangat kuat dan bayi sangat aktif. Kebutuhan asuhan bayi pada periode ini memantau secara ketat kemungkinan bayi tersedak saat mengeluarkan mukus yang berlebihan, memantau setiap kejadian *apnea* dan mulai melakukan rangsangan taktil, seperti mengusap punggung, memiringkan bayi serta mengkaji keinginan dan kemampuan bayi untuk mengisap dan menelan (Muslihatun, 2010).

2. Periode pasca transisional

Setelah bayi melewati periode transisi, bayi dipindahkan ke ruang rawat gabung bersama ibunya. Asuhan bayi baru lahir normal umumnya mencakup pengkajian tanda-tanda vital setiap 4 jam, pemeriksaan fisik setiap 8 jam, pemberian ASI *on demand*, mengganti popok serta menimbang berat badan, selain asuhan transisional dan pasca transisional asuhan bayi baru lahir juga diberikan pada bayi berusia 2-6 hari, serta bayi berusia 6 minggu pertama (Muslihatun, 2010).

3. Sistem pernafasan

Pernafasan pertama pada bayi baru lahir terjadi dengan normal dalam waktu 30 detik setelah kelahiran. Tekanan pada rongga dada bayi melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan cairan paru yang jumlahnya 80-100 ml, berkurang sepertiganya sehingga volume yang hilang ini digantikan dengan udara. Paru mengembang sehingga rongga

dada kembali kebentuk semula, pernapasan pada neonatus terutama pernapasan diaphragmatik dan abdominal biasanya frekuensi dan kedalaman pernapasan masih belum teratur. Upaya pernapasan pertama berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru untuk pertama kali, agar alveolus dapat berfungsi harus terdapat surfaktan dalam jumlah yang cukup dan aliran darah ke paru (Rochmah, 2012).

4. Suhu tubuh

Mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir kelingkungannya melalui cara pertama *evaporasi* yaitu kehilangan panas melalui proses penguapan atau perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap. Pencegahannya, setelah bayi lahir segera mengeringkan bayi secara seksama dan menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan kering serta menutup bagian kepala bayi. Cara kedua *konduksi* yaitu kehilangan panas dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi, misalnya menimbang bayi tanpa mengalasi timbangan bayi dan menggunakan stetoskop untuk pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2010).

Cara ketiga *konveksi* yaitu kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin,

misalnya aliran udara dingin dari kipas angin, dan hembusan udara dingin melalui ventilasi. Cara keempat *radiasi* yaitu kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi, misalnya bayi terlalu dekat ke dinding tanpa memakai penutup kepala atau topi (JNPK-KR, 2012).

5. Sistem kardiovaskuler

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan bersirkulasi keseluruh tubuh guna menghantarkan oksigen ke jaringan. Agar terbentuk sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan diluar rahim, terjadi dua perubahan besar yaitu penutupan foramen ovale pada atrium paru dan aorta, kemudian penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah tubuh. Jadi, perubahan tekanan tersebut langsung berpengaruh pada aliran darah. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah. Vena umbilikus, duktus venosus, dan arteri hipogastrika pada tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit setelah bayi lahir

dan setelah talipusat di klem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung dalam 2-3 bulan (Rochmah, 2012).

Perubahan sistem kardiovaskuler yaitu oksigen menyebabkan sistem pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah. Perubahan sistem kardiovaskuler yang terjadi tiga tahap yaitu pertama penutupan foramen ovale, dengan proses pemotongan tali pusat yang menyebabkan terjadinya penurunan sirkulasi darah. Hal ini merangsang timbulnya pernapasan pertama kali dan menyebabkan paru berkembang (Maryanti dkk, 2011).

Kedua penutupan duktus arteriosus botali, ini merupakan pembuluh darah yang menghubungkan arteri pulmonalis dengan aorta, pulmonalis menghubungkan ventrikel kanan ke paru untuk memberikan nutrisi dan pemeliharaan organ paru (pada masa janin), bukan untuk proses pernapasan. Pada proses pernapasan terjadi perubahan tekanan pada atrium kanan karena foramen ovale telah menutup, darah akan dialirkan melalui arteri pulmonalis menuju paru proses ini berfungsi setelah janin lahir. Dan yang ketiga yaitu vena dan arteri umbilikal, duktus venosus dan arteri hipogastrika dari talipusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit

setelah lahir dan setelah tali pusat di klem (Maryanti dkk, 2011).

6. Metabolisme glukosa

Otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Pada saat kelahiran, setelah talipusat diklem, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir kadar glukosa darah akan turun dalam waktu 1-2 jam. Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen. Hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Seorang bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen, terutama dalam hati, selama bulan-bulan terakhir kehidupan dalam rahim. Bayi yang mengalami hipotermi saat lahir, kemudian mengakibatkan hipoksia akan menggunakan persediaan glikogen dalam satu jam pertama kelahiran. Keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai hingga 3-4 jam pertama pada bayi cukup bulan yang sehat. Jika semua persediaan digunakan dalam satu jam pertama, otak bayi akan mengalami risiko. Bayi baru lahir kurang bulan, IUGR, dan gawat janin merupakan kelompok yang paling berisiko, karena simpanan energi mereka berkuang atau digunakan sebelum lahir (Rochmah, 2012).

7. Adaptasi ginjal

Menurut Muslihatun (2010) fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah *nefron* masih belum sebanyak orang dewasa, ketidak seimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta *renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan orang dewasa.

8. Adaptasi gastrointestinal

Secara fungsional, saluran gastrointestinal bayi belum matur dibandingkan orang dewasa, membran mukosa pada mulut berwarna merah jambu dan basah. Gigi tertanam didalam gusi dan sekresi *ptialin* sedikit. Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai mengisap dan menelan. Kapasitas lambung sangat terbatas, kurang dari 30 ml untuk bayi baru lahir cukup bulan. Kapasitas lambung ini akan bertambah secara perlahan, seiring dengan pertumbuhan bayi. Pengaturan makan yang sering oleh bayi sendiri sangat penting, contohnya memberikan makan sesuai keinginan bayi (*ASI on demand*) (Rochmah, 2012).

Refleks gumoh dan batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan neonatus cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan selain susu masih terbatas, hubungan antara esofagus bawah dan

lambung masih belum sempurna sehingga mengakibatkan gumoh pada neonatus (Maryanti, 2011).

9. Adaptasi hati

Setelah lahir hati menunjukkan perubahan biokimia dan morfologis berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak dan glikogen. Enzim hepar belum aktif benar, seperti enzim *dehidrogenas* dan *transferase glukoronil* sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus neonatorum fisiologis (Maryanti, dkk, 2011).

D. Penanganan Bayi Baru Lahir

1. Segera setelah lahir, semua tubuh bayi harus dikeringkan secara menyeluruh dan menilai napas. Tali pusat harus dijepit dan dipotong setelah 1-3 menit, kecuali bayi perlu resusitasi. penyedotan rutin tidak boleh dilakukan.
2. Selama satu jam pertama setelah lahir, bayi harus dilakukan kontak kulit dengan ibunya untuk kehangatan dan inisiasi menyusui dini (IMD).
3. Pemeriksaan klinis secara penuh (termasuk berat badan, tanda-tanda bahaya, mata, tali pusat) dan perawatan pencegahan lainnya harus dilakukan di sekitar 1jam setelah lahir, ketika bayi setelah melakukan IMD, perawatan ini meliputi pemberian vitamin K profilaksis dan vaksinasi hepatitis B sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 24 jam).

4. Ketika tenaga kesehatan terlatih atau bidan melakukan kunjungan bayi baru lahir di rumah perawatan tambahan harus disediakan. perawatan ini meliputi resusitasi bayi baru lahir dengan dilengkapi tas dan masker untuk bayi yang baru lahir yang tidak bernapas secara spontan pemeriksaan klinis ini dilakukan pada waktu yang ditetapkan.

(WHO, 2015)

Pada tahun 2012 Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menerbitkan pedoman untuk resusitasi bayi baru lahir dasar untuk membantu dengan perawatan segera setelah lahir, ventilasi tekanan positif, dan penghentian ventilasi. Yang meliputi :

- a) Bayi premature yang tidak memerlukan ventilasi tekanan positif, tali pusat tidak harus dijepit lebih awal dari satu menit setelah lahir. (Fawole B *et. al*, 2007)
- b) Pada neonatus yang lahir dengan air ketuban yang jernih dan mulai bernapas sendiri setelah lahir, pengisapan dari mulut dan hidung tidak boleh dilakukan.
- c) BBL dengan air ketuban bercampur mekonium, intrapartum pengisapan mulut dan hidung pada kelahiran kepala tidak dianjurkan.
- d) Pada bayi baru lahir yang tidak mulai bernapas meskipun pengeringan menyeluruh dan stimulasi tambahan,

ventilasi tekanan positif harus dimulai dalam waktu satu menit setelah lahir.

- e) Pada bayi yang membutuhkan ventilasi tekanan positif jangka baru lahir atau prematur (>32 minggu kehamilan), ventilasi harus dimulai dengan udara (yaitu, tidak tambahan oksigen).
- f) Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, ventilasi harus disediakan menggunakan alat sungkup dan balon resusitasi.
- g) Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, ventilasi harus dimulai dengan menggunakan sungkup.
- h) Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, kecukupan ventilasi harus dinilai dengan pengukuran denyut jantung setelah 60 detik ventilasi dengan gerakan dada terlihat.
- i) Pada bayi baru lahir yang tidak mulai bernapas dalam satu menit setelah lahir, prioritas harus diberikan untuk menyediakan ventilasi yang memadai daripada kompresi dada.
- j) Pada bayi baru lahir tanpa detak jantung terdeteksi setelah 10 menit ventilasi yang efektif, resusitasi harus dihentikan (WHO, 2012).

E. Kunjungan Neonatal

Menurut (Walyani, 2014):

1. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan:
 - a) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - b) Berikan ASI Eksklusif
 - c) Rawat tali pusat
2. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
 - a) Jaga kehangatan tubuh bayi.
 - b) Berikan ASI Eksklusif
 - c) Cegah infeksi.
 - d) Rawat tali pusat.
3. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.
 - a) Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit.
 - b) Lakukan:
 - 1) Jaga kehangatan tubuh.
 - 2) Beri ASI Eksklusif.
 - 3) Rawat tali pusat.

F. Masalah yang sering terjadi Bayi Baru Lahir

1. Tidak bernapas/sulit bernapas
2. Sianosis/ kebiruan dan sukar bernapas

3. Bayi berat lahir rendah (BBLR) <2.500 gram
4. Letargi (tonus otot rendah dan tidak ada gerakan sehingga sangat mungkin bayi sedang sakit berat)
5. Hipotermi (suhu <36°C)
6. Kejang
7. Diare
8. Obstipasi (penimbunan feses yang keras akibat adanya pentyakit atau adanya obstruksi pada saluran cerna, atau bisa didefinisikan sebagai tidak adanya pengeluaran feses selama 3 hari atau lebih)
9. Infeksi
10. Sindrom kematian bayi mendadak (*sudden infant death syndrome/SIDS*) (Dewi,2011).

G. Penilaian Bayi Baru Lahir

Keadaan bayi baru lahir dinilai 1 menit setelah lahir dengan penggunaan APGAR. Penilaian ini diperlukan untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang dinilai adalah frekuensi jantung, usaha nafas. Tonus otot, warna kulit, dan reaksi terhadap rangsangan.

Tabel 2.9
Penilaian apgar score

No	Tanda	NILAI		
		0	1	2
1	Warna	Biru atau pucat	Tubuh kemerahan, ekstermits biru	Seluruh tubuh kemerahan
2	Frekuensi Jantung	Tidak Ada	Kurang dari 100x/menit	Lebih dari 100x/menit
3	Refleks	Tidak Ada	Gerakan Sedikit	Gerakan kuat/melawan
4	Aktivitas atau tonus otot	Lumpuh atau Lemah	Ekstermitas Fleksi	Gerakan Aktif
5	Usaha nafas	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: Prawirohardjo, 2007

Apabila nilai APGAR :

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

4-6: bayi mengalami asfiksia sedang.

0-3: bayi mengalami asfiksia berat.

H. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan usia kehamilan

- a) Neonatus kurang bulan (Peternm Infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu).
- b) Neonatus ckup bulan (Term Infant) : 259 sampai 294 hari (37-42 minggu).

- c) Neonatus lebih bulan (Posterm infant) lebih dari 294 (42 minggu atau lebih).
2. Berdasarkan berat lahir
- a) Neonatus berat lahir rendah : kurang dari 2500 gram
 - b) Neonatus berat lahir cukup : antara 2500 sampai 4000 gram
 - c) Neonatus berat lahir lebih : lebih dari 4000 gram (Muslihatun, 2010).

I. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit, retraksi dada saat inspirasi.
2. Suhu terlalu panas lebih dari 38⁰C atau terlalu dingin atau kurang dari 36⁰C.
3. Kuit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
4. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
5. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
6. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.

7. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, faeses hijau/berlendir/darah.
8. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang.
9. Menangis terus-menerus
10. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan (Muslihatun, 2010).

J. Penyuluhan bayi sebelum pulang

1. Perawatan Tali Pusat

Saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernapas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali pusat tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali pusat yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa cm. sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya.

Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut:

- a) Cuci tangan
- b) Gunakan kasa steril atau bersih
- c) Bersihkan tali pusat secara perlahan dengan gerakan memutar menggunakan kasa yang telah diberi air DTT (air yang telah direbus mendidih dan didinginkan). Lakukan hal tersebut sampai benar-benar bersih.

d) Gunakan kasa kering untuk menutupi tali pusat



Gambar 2.22
perawatan tali pusat
Sumber: Sarwono, 2010

2. Pemberian ASI

Inisiasi Menyusui Dini atau pemberian ASI sejak dini sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusu pada ibunya di 20 – 30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anastesi yang diberikan ke ibu saat proses melahirkan pengalaman pertama bayi.

Di jam-jam pertama, bayi akan relatif tenang, terjaga dan memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar ke dalam mulut bayi hingga ia dapat “mengunci” dan menyusu dengan baik dan menyusu dengan baik. Riset menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang diletakkan di perut ibu sesaat setelah ia lahir, akan

mampu mencari payudara ibu dan menyusu dengan baik dalam kurun waktu kurang dari 50 menit. Rooming-In (Rawat Gabung) Perawatan bayi dan ibu bayi dapat terus bersama selama 24 jam dinamakan rawat gabung. Sejak dini harus dilakukan rawat gabung dengan baik. Rawat gabung harus dilakukan perawatan ibu dan bayi sejak hari pertama di rumah sakit harus dilakukan dalam satu tempat tidur atau satu ruangan. Jika tidak ada masalah medis, tidak ada alasan untuk memisahkan ibu dari bayinya, meskipun sesaat. Bahkan makin seringnya ibu melakukan kontak fisik langsung dengan bayi akan membantu menstimulasi hormon prolaktin dalam memproduksi ASI.

Karena itu pada tahun 2005, American Academy of Pediatrics (AAP) mengeluarkan kebijakan agar ibu dapat terus bersama bayinya di ruangan yang sama dan mendorong ibu untuk segera menyusui bayinya kapanpun sang bayi menginginkannya. Semua kondisi tsb akan membantu kelancaran dari produksi ASI. Memisahkan bayi dari ibunya sebelum hal tersebut dilakukan akan membuat bayi kehilangan kesempatan besar. Bayi akan mengantuk dan kehilangan minatnya utk menyusu pada ibunya. Akibatnya proses inisiasi menyusu dini mengalami hambatan. Oleh karena itu, pastikan bahwa bayi mendapatkan kesempatan utk melakukan proses

menyusu dini paling tidak satu jam pertama setelah ia lahir. Hal ini akan menunjang proses keberhasilan pemberian ASI di kemudian hari.

3. Jaga Kehangatan Bayi

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

Tujuan Menjaga Kehangatan :

- a) Untuk mengurangi kehilangan panas tubuh
- b) Membuat bayi merasa aman dan hangat
- c) Membuat bayi tidur lebih nyenyak

4. Imunisasi

Setelah bayi lahir, tubuh bayi belum daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibody bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi

tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan dirumah sakit setelah lahir:

- a) Hepatitis B untuk mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver) berakhir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati. Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama diberikan minimal 3 kali dalam rentang 6 bulan disuntikan dipaha diberikan tanpa men=mandang status ibu.
- b) Polio untuk mencegah terkena polio yang menyebabkan anak lumpuh. Menjelang pulang diteteskan ke mulut diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu. Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obatnya.
- c) BCG untuk mencegah penyakit TB (tuberculosis), menjelang pulang disuntikan dilengan atas. Umumnya menyerang paru-paru tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi (Sarwono, 2010).

2.1.5 KB/ pelayanan Kontrasepsi

A. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan usaha suami istr untuk mengukur jumlah dn 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 sel telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Purwoastuti, 2015).

Keluarga berencana (KB) adalah suatu upaya yang dilakukan manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga secara tidak melawan hukum dan moral Pancasila untuk kesejahteraan keluarga (Dewi, 2014).

B. Tujuan program KB

1. Tujuan umum :

Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya penambahan penduduk.

2. Tujuan khusus:

Meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kehamilan.

C. Kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari dua kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti menolak, konsepsi berarti pertemuan antara sel telur wanita (*ovum*) yang sudah matang dengan sel mani pria (sperma) sehingga terjadi pembuahan dan kehamilan. Dengan demikian kontrasepsi adalah mencegah bertemunya sel telur yang matang dengan sel mani pada waktu bersenggama, sehingga tidak akan terjadi pembuahan dan kehamilan (Rumiati 2012).

Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara, dapat bersifat permanen. Yang bersifat permanen dinamakan pada wanita tubektomi dan pada pria vasektomi (Anonim, 2018).

Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara, dapat juga bersifat permanen (Prawirohardjo, 2008).

D. Macam-macam metode kontrsepsi

1. Kontrasepsi oral kombinasi
2. Kontrasepsi oral progestin
3. Kontrasepsi suntikan progestin
4. Kontrasepsi suntikan estrogen-progesteron

5. Implant progestin
6. Kontrasepsi Patch
 - a) Kontrasepsi barrier (penghalang)
 - b) Kondom
7. Diafragma dan carvical cap
8. Spermisida
9. IUD (spiral)
10. Perencanaan keluarga alami
11. Senggama terputus
12. Metode amenoria menyusui
13. Kontrasepsi darurat
 - a) Kontrasepsi darurat hormonal
 - b) Kontrasepsi darurat IUD
14. Sterilisasi
 - a) Vasektomi
 - b) Ligasi tuba (Purwoastuti,2015).

E. Jenis Kontrasepsi

1. Metode Sederhana Tanpa Alat
 - a) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1) Pengertian

Lactation Amenorrhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya

hanya diberikan ASI saja tanpa menggunakan tambahan makanan dan minuman lainnya. Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau *Lactation Amenorrhea Method (LAM)* dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau *natural family planning*, apabila tidak dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain (Purwoastuti,2015).

2) Cara kerja

Penundaan atau penekanan ovulasi (Saifuddin, 2010).

3) Efektivitas

(a) Efektivitas tinggi (98% apabila digunakan selama 6 bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui eksklusif

(b) Dapat segera dimulai setelah melahirkan

(c) Tidak memerlukan prosedur khusus, alat maupun obat

(d) Tidak memerlukan perawatan medis

(e) Tidak mengganggu senggama

(f) Mudah digunakan

(g) Tidak perlu biaya

(h) Tidak menimbulkan efek samping sistemik

(i) Tidak bertentangan dengan budaya maupun agama (Purwoastuti,2015).

Beberapa catatan dari konsensus Bellagio (1988) untuk mencapai keefektifitasan 98%

- (a) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama).
 - (b) Perdarahan sebelum 56 hari pasca persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid).
 - (c) Bayi menghisap 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 menyusui lebih dari 4 jam.
- (Saifuddin, 2010).

4) Manfaat

- (a) Untuk bayi

(1) Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat ASI)

(2) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal

(3) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.

(b) Untuk ibu

(1) Mengurangi perdarahan pasca persalinan

(2) Mengurangi risiko anemia

(3) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi (Saifuddin, 2010).

5) Kerugian

(a) Memerlukan persiapan sejak kehamilan

(b) Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif.

(c) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk Heatitis B ztzupun HIV/AIDS

(d) Tidak menjadi pilihan wanita yang tidak menyusui

(e) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif (Purwoastuti,2015).

b) Coitus Interruptus (Senggama terputus)

1) Pengertian

Senggama terputus adalah mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi (Saifuddin, 2013).

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 (Saifuddin, 2010).

3) Efektivitas

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

(a) Adanya cairan pra-ejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan dalam kelenjar prostat, urethra, kelenjar cowper) yang dapat keluar setiap saat, dan setiap tetes sudah dapat mengandung berjuta-juta spermatozoa.

(b) Kurangnya kontrol-diri pria, yang pada metode ini justru sangat penting (Hartanto, 2015).

4) Manfaat

- (a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
- (b) Tidak menggau produksi ASI
- (c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
- (d) Tidak ada efek samping
- (e) Dapat digunakan setiap waktu
- (f) Tidak membutuhkan biaya

(Saifuddin, 2010).

5) Keterbatasan

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

6) Indikasi

- (a) Suami yang erpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
- (b) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain.
- (c) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.
- (d) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.

(e) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.

(f) Pasangan yang melakukan hubungan seksual yang tidak teratur

(Saifuddin, 2010).

7) Kontraindikasi

(a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini

(b) Suami yang sulit melakukan senggama terputus

(c) Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis

(d) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerjasama

(e) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi

(f) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus (Saifuddin, 2010).

2. Metode Sederhana dengan Alat

a) Kondom

1) Pengertian

Kondom merupakan jenis kontrasepsi penghalang mekanik. Kondom mencegah kehamilan dan infeksi penyakit kelamin dengan cara menghentikan sperma untuk masuk ke dalam vagina. Kondom pria dapat

terbuat dari bahan *latex* (karet), *polyurethane* (plastik), sedangkan kondom wanita terbuat dari *polyurethane* (Purwoastuti, 2015).

2) Cara kerja

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

(b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil) (Saifuddin, 2010)

3) Efektivitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak di pakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Saifuddin, 2010).

Efektivitas kondom pria antara 85-98% sedangkan efektivitas kondom wanita antara 79-95% (Purwoastuti, 2015).

4) Manfaat

(a) Kontrasepsi

- (1) Efektif bila digunakan dengan benar
 - (2) Tidak mengganggu produksi ASI
 - (3) Tidak mengganggu kesehatan klien
 - (4) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
 - (5) Murah dan dapat dibeli secara umum
 - (6) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
 - (7) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda
- (Saifuddin,2010).

(b) Non kontrasepsi

- (1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
- (2) Dapat mencegah penularan IMS
- (3) Mencegah ejakulsi dini
- (4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)

(5) Saling berint eraksi sesama pasangan

(6) Mencegah imuno infertilitas (Saifuddin, 2010).

5) Keterbatasan

(a) Eektivitas tidak terlalu tinggi

(b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi

(c) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)

(d) Pada beberapa klien sulit untuk mengurangi ereksi

(e) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual

(f) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum

(g) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah(Saifuddin,2010).

6) Indikasi

(a) Bila digunakan secara tepat maka kondom dapat digunakan untuk mencegah kehamilan dan penularan penyakit menular seksual(PMS)

(b) Kondom tidak memengaruhi kesuburan jika digunakan dalam jangka panjang

(c) kondom mudah didapat dan tersedia dengan harga terjangkau (Purwoastuti, 2015).

7) Kontraindikasi

(a) Kekurangan penggunaan kondom memerlukan latihan dan tidak efisien

(b) Karena sangat tipis maka kondom mudah robek bila tidak digunakan atau disimpan sesuai aturan

(c) Beberapa pria tidak dapat mempertahankan ereksinya saat menggunakan kondom

(d) Setelah terjadi ejakulasi, pria harus menarik penisnya dari vagina, bila tidak, dapat terjadi risiko kehamilan atau pemulatan penyakit menular seksual

(e) Kondom yang terbuat dari latex dapat menimbulkan alergi bagi beberapa orang

(Purwoastuti, 2015).

3. Metode efektif

a) Pil kb

1) Pengertian

Pil KB atau *oral contraceptives pill* merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk

pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon estrogen atau progesterone (Maryunani, 2016).

2) Jenis pil kb

(a) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(b) Biafasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif (Ermawati, 2013).

3) Macam-macam pil KB

Menurut Dyah (2010) ada 3 macam yitu meliputi: mini pil (*low dose continuous progesteron*), pil oral kombinasi(POK), *morning after pills* (Ermawati, 2013).

4) Cara kerja

(a) Menekan ovulasi

(b) Mencegah implantasi

(c) Lendir servik mengental sehingga sulit dilalui sperma

(d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Saifuddin, 2010).

5) Efektivitas

Efektivitas pil KB menurut Hartanto (2010) yaitu:

(a) Tidak menambah risiko terjadinya karsinoma payudara

(b) Tidak mempengaruhi terjadinya karsinoma serviks

(c) Tidak mempengaruhi terjadinya karsinoma kulit (*melanoma*)

(d) Tidak mempengaruhi terjadinya tumor kelenjar hypophyse

(e) Tidak mempengaruhi efek buruk terhadap kehamilan selanjutnya

(f) Tidak mempengaruhi terjadinya kelainan kongenital atau abortus pada pemakaian pil oral sebelumnya (Ermawati, 2013)

6) Manfaat

(a) Memiliki efektivitas sangat tinggi bila dikonsumsi setiap hari

(b) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil

- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Siklus haid menjadi teratur banyaknya darah haid berkurang
- (e) Dapat digunakan jangka panjang
- (f) Mudah dihentikan setiap saat
- (g) Kesuburan segera kembali setelah pil dihentikan
- (h) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
- (i) Membantu mencegah (kehamilan etopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, *dismenorrhoe*, jerawat) (Ermawati, 2013).

7) Kontraindikasi

- (a) Sakit kepala
- (b) Tekanan darah tinggi
- (c) *Myoma uteri*
- (d) *Epilepsy*
- (e) Varises (Ermawati, 2013).

b) KB suntik

1) Pengertian

KB suntik/suntik KB adalah suatu cara kontrasepsi yang diberikan melalui suntikan (Maryunani, 2016).

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi hormonal jenis suntikan yang dibedakan menjadi dua macam yaitu

DMPA (*depo medroksiprogesterone asetat*) dan kombinasi (Susilowati, 2012).

2) Cara kerja

(a) Mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita.

(b) Mengentalkan lendir mulut rahim, sehingga sel mani tidak dapat masuk dalam rahim.

(c) Menipiskan endometrium (Maryunani, 2016)

3) Macam-macam KB Suntik

(a) Kontrasepsi DMPA

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

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

(b) Kontrasepsi Kombinasi

(1) Depo estrogen-progesteron

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

4) Keuntungan

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

(b) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu.

(c) Tingkat efektivitasnya tinggi.

(d) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas.

(e) Pengawasan medis yang ringan.

(f) Dapat diberikan pascapersalinan, pasca-keguguran atau pascamenstruasi.

(g) Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi.

(h) Suntikan KB cyclofem diberikan setiap bulan dan peserta KB akan mendapatkan menstruasi

(Manuabadi, 2010).

5) Kerugian

(a) Perdarahan yang tidak menentu.

(b) Terjadi amenorea (tidak datang bulan) berkepanjangan.

(c) Masih terjadi kemungkinan hamil.

(d) Kerugian atau penyulit inilah yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan KB (Manuabaddkk, 2010).

6) Efek Samping

(a) Gangguan haid.

(b) Berat badan yang bertambah.

(c) Sakit kepala.

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

7) Indikasi

(a) Hamil atau diduga hamil.

(b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.

(d) Menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat).

(e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

(f) Sering lupa menggunakan pil.

(g) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus.

(h) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah (Saifuddin, 2013).

8) Kontraindikasi

WHO menganjurkan untuk tidak menggunakan kontrasepsi suntikan pada:

- (a) Kehamilan.
- (b) Karsinoma payudara.
- (c) Karsinoma traktus genitalia.
- (d) Perdarah abnormal uterus (Hartanto, 2015).

9) Efektivitas

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

c) IUD/AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

1) Pengertian

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang didalam rahim.

2) Jenis AKDR

(a) AKDR Nonhormonal

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

Coil, Multiload, Nova-T. Bentuk tertutup/*closed device* misalnya Ota-Ring, Atigon dan Graten Berg Ring.

(2) Menurut tambahan obat atau metal yaitu:

Medicated IUD misalnya Cu-T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu-T220 (daya kerja 3 tahun), Cu-T 300 (daya kerja 3 tahun), Cu-T 380A (daya kerja 8 tahun), Cu-7, Nova T (daya kerja 5 tahun), ML-Cu 375 (daya kerja 3 tahun).

Unmedicated IUD misalnya Lippes Loop, Marguiles, Saf T Coil, Antigon.

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

3) Cara Kerja

Mekanisme kerja AKDR menurut Affandi (2010)

antara lain:

(a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii

(b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

(c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma

sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi

- (d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

4) Keuntungan (Affandi, 2010)

- (a) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A)
- (b) Tidak ada efek samping hormonal
- (c) Tidak mempengaruhi ASI
- (d) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus
- (e) Membantu mencegah kehamilan ektopik

5) Kerugian (Affandi, 2010)

Efek samping yang umum terjadi:

- (a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- (b) Haid lebih lama dan banyak
- (c) Perdarahan (spotting) antarmenstruasi
- (d) Saat haid akan lebih sakit

Komplikasi lain:

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

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

6) indikasi (Affandi, 2010)

- (a) Usia reproduktif
- (b) Kedaan nulipara
- (c) Setelah melahirkan dan tidak mau menyusui
- (d) Tidak menghendaki metode hormonal
- (e) Perokok
- (f) Gemuk maupun kurus

- (g) Penderita tumor jinak payudara
- (h) Pusing-pusing, sakit kepala
- (i) Tekanan darah tinggi
- (j) Penderita diabetes
- (k) Penyakit tiroid
- (l) Setelah kehamilan ektopik

7) Kontra indikasi (Affandi, 2010)

- (a) Sedang hamil
 - (b) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
 - (c) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servisititis)
 - (d) Kanker alat genitalia
 - (e) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
 - (f) Diketahui menderita penyakit TBC pelvic
- d) Implan/Susuk KB

1) Pengertian

Menurut Verney (1997) kontrasepsi implant adalah system norplant dari implant subdermal levonorgestrel yang terdiri atas enam skala kapsul *dimethylsiloxane* yang dibuat dari bahan silastik, masing-masing kapsul berisi 36 mg levonorgestrel

dalam format kristal dengan masa kerja lima tahun (Kumalasari, 2015).

Kontrasepsi implant adalah metode praktis untuk digunakan di semua pengaturan sebagai penyisipan dan penghapusan mereka hanya membutuhkan prosedur bedah minor (Reproductive Health Supplies Coalition, 2012).

Implant adalah kontrasepsi yang disusupkan atau ditanam di bawah kulit (Maryunani, 2016).

2) Macam-macam KB Implant

(a) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun (Saifuddin, 2013).

(b) *Jadena dan Indoplant*

Terdiri atas dua batang yang diisi dengan 75 levonogestrel dengan lama kerja tiga tahun.

(Kumalasari, 2015).

(c) *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 (Saifuddin, 2013).

3) Cara Kerja KB Implant

- (a) Lendir serviks menjadi kental.
- (b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- (c) Mengurangi transportasi sperma.
- (d) Menekan ovulasi (Kumalasari, 2015).

4) Keuntungan

Dipasang selama lima tahun, kontrol medis ringan, dapat dilayani didaerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi biaya murah. (Manuaba dkk, 2010). Praktis, efektif, tidak ada faktor lupa, tidak menekan produksi ASI, masa pakai jangka panjang 5 tahun (Maryunani, 2016).

5) 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 dkk, 2010).

6) Efek Samping

- (a) Amenorea.
- (b) Perdarahan bercak (*spotting*) ringan.
- (c) Ekspulsi.
- (d) Infeksi pada daerah isersi.
- (e) Berat badan naik/turun (Saifuddin, 2013).

7) Indikasi

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
- (c) Ibu menyusui.
- (d) Pascakeguguran/abortus.
- (e) Tidak menginginkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap.
- (f) Wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen.
- (g) Sering lupa mengkonsumsi pil (Kumalasari, 2015).

8) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (c) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.

(e) Miom uterus dan kanker payudara.

(f) Gangguan toleransi glukosa (Saifuddin, 2013)

9) Efektivitas

0,2–1 kehamilan per 100 perempuan

(Kumalasari, 2015).

4. Metode kontak (Kontrasepsi Mantap)

a) Tubektomi

1) Pengertian

Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2010).

2) Jenis

Minilaparotomi, Laparoscopi (Affandi, 2010)

Mekanisme kerja:

Dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Affandi, 2010).

3) Keuntungan

(a) Kontrasepsi (Affandi, 2010)

(1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).

(2) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding)

(3) Tidak bergantung pada faktor senggama

(4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius

(5) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang

(6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium)

(b) Nonkontrasepsi (Affandi, 2010)

Berkurangnya resiko kanker ovarium

4) Keterbatasan (Affandi, 2010)

(a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini

(b) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)

- (c) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- (d) Dilakukan oleh dokter terlatih
- (e) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS

5) Indikasi (Affandi, 2010)

- (a) Usia > 26 tahun
- (b) Paritas > 2
- (c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
- (d) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
- (e) Pascapersalinan
- (f) Pascakeguguran
- (g) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini

6) Indikasi (Affandi, 2010)

- (a) Usia > 26 tahun.
- (b) Paritas > 2.
- (c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- (d) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
- (e) Pascapersalinan.

(f) Pascakeguguran.

(g) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini

7) Kontra indikasi (Affandi, 2010)

(a) Hamil

(b) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol)

(c) Tidak boleh menjalani proses pembedahan

(d) Kurang pasti keinginannya untuk fertilitas di masa depan

(e) Belum memberikan persetujuan tertulis

8) Waktu dilakukan (Affandi, 2010)

(a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil

(b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)

(c) Pascapersalinan

(1) Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu

(2) Laparoskopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan

(d) Pascakeguguran

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

(2) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hai sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja).

b) Vasektomi

1) Pengertian

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2010).

2) Cara kerja

Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen (Affandi, 2010).

3) Keuntungan nonkontrasepsi

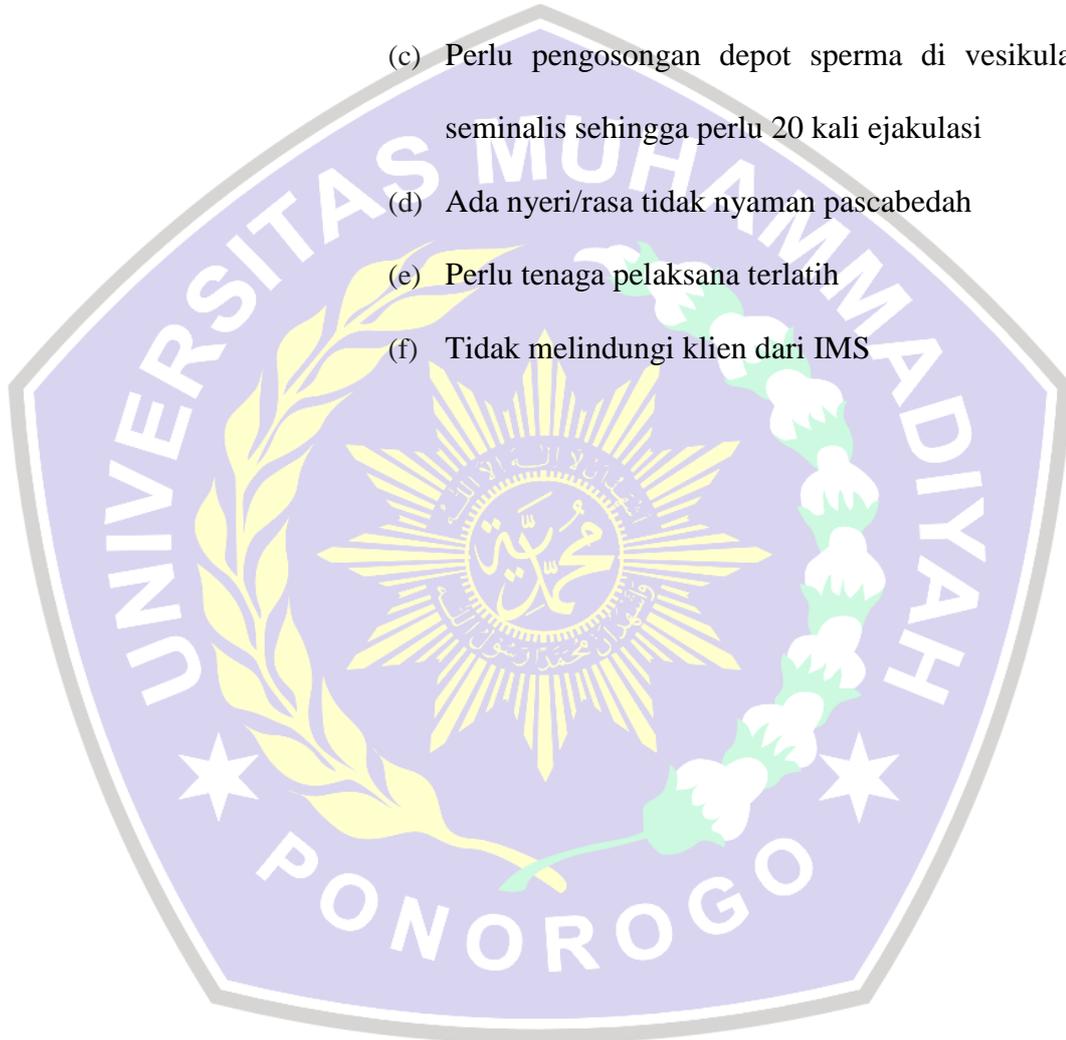
(a) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang

(b) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi

(Affandi, 2010)

4) Keterbatasan (Affandi, 2010)

- (a) Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi
- (b) Bila tidak siap kemungkinan ada rasa penyesalan di kemudian hari
- (c) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
- (d) Ada nyeri/rasa tidak nyaman pascabedah
- (e) Perlu tenaga pelaksana terlatih
- (f) Tidak melindungi klien dari IMS



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan ketaqwaan kebidanan. Asuhan kebidanan juga merupakan aplikasi atau penerapan dari peran, fungsi dan tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kebidanan sesuai kewenangan bidan dan kebutuhan klien dengan memandang klien sebagai makhluk psikososial cultural secara menyeluruh/ holistik yang berfokus pada perempuan (Yulifah, 2014).

A. Pengkajian Data Dasar

1. Data Subyektif

a) Identitas

a) Nama

Selain sebagai identitas, usahakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Sulistyawati, 2010).

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).

c) Agama

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

d) 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 tidaktahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011).

e) 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).

f) Alamat

Ibu yang tinggal di daerah terkena radiasi dapat berpengaruh pada janin, kerusakan otak, mikrosefali atau cacat bawaan lainnya (Ngastiyah, 2015).

b) Keluhan

Menurut Varney (2008), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas. Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu:

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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.

5) 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.

6) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

7) 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.

8) 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.

c) Riwayat kesehatan

1) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes mellitus, anemia dan penyakit menular seksual (PMS) (Marmi, 2011).

2) Penyakit yang pernah dialami (sekarang)

(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)

(b) Hipertensi

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

(c) Penyakit jantung

Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas perlu diperlukan konseling prakontrasepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit.

Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014).

(d) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan ke janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak diobati dikaitkan dengan aborsi spontan, kematian janin intrauterine, kematian neonates dan sifilis kongenital. Sampai 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas dan morbiditas (Walsh, 2012).

(e) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadinya kontraksi otot Rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonates. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2012).

(f) Hepatitis B

Penularan HBV ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85% dari ibu terinfeksi. Resiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status

antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositive untuk baik HbsAG dan HbeAF mengalami resiko tinggi penularan ke neonates mereka (Walsh, 2012).

(g) Anemia

Bahaya anemia Selama kehamilan yaitu terjadi abortus, persalinan premature, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi ancaman dekomposisi kordis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (Manuaba, 2010).

(h) 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).

(i) 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).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain. Terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki komponen familial, dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit, lebih banyak terjadi pada ras tertentu (Fraser *et al*, 2009). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetic atau keturunan (Saifuddin, 2014).

d) Riwayat kebidanan

1) Menstruasi

Menurut Fraser *et al* (2009) riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus (TP). Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari

pertama haid terakhir yang dialami ibu. Metode ini mengasumsikan bahwa:

Ibu memiliki menstruasi dan jarak menstruasi yang teratur.

(a) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini dianggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur.

(b) Periode pendarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perubahan.

Menurut Marmi (2014), gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14$ $b-3$ $th+1$.

Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama pendarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi pendarahan. 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.

2) Riwayat kehamilan yang lalu

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

3) Riwayat persalinan yang lalu

Infomasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau boleh sesar, lama persalinan, penology persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin, serta komplikasi-koplikasi yang menyertai (Marmi, 2011)

4) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38C. bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2012).

5) Kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2014) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dua kali pada triwulan ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu: timbang,ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

6) Keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *estimated date of delivery* (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik,dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi,2014).

e) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Menurut Saifuddin (2009) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan :

(a) 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.

(b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia dan oedema.

(c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutamanya 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.

2) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *lightening*. *Lightening* menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2014).

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat

terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2014).

3) 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 (Romauli, 2011).

4) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2012). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat

menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2010).

5) 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).

Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

(a) 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.

(b) Memakai sepatu dengan hak lebih rendah (Romauli, 2011).

(c) Pemeliharaan payudara

Pada kehamilan 12 minggu, dari putting susu dapat mengeluarkan kolustrum 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, kromosom yang keluar lebih kental. Berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan menggunakan busa akan mengganggu penyerapan kringat payudara (Marmi, 2011).

(d) 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).

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).

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 CO₂ (meningkatkan resiko kasus terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal, preeklamsia, BBLR) (Marmi, 2011).

2) Alkohol

Akohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin (*fetal alcohol syndrome* [FASI]), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan

alkohol yang berlebihan selama hamil (Fraser *et al*, 2009).

3) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, lahir mati dan abnormalitas (Fraser *et al*, 2009).

h) Riwayat psikososial dan budaya

1) 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).

2) Psikososial Dan Spiritual

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lalin 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, 2014).

2. Data Objektif

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.

a) Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011).

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat kebelakang ke arah 2 tungkai (Saifuddin, 2010).

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan criteria sebagai berikut:

(a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam 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).

(c) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan komplementis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2011).

2) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg, beresiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2014).

Pada umumnya normal. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklamsia ringan (Manuaba, 2012).

(b) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi < 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2014).

(c) Suhu

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

(d) Pernafasan

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

3) Antropometri

(a) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetic. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungn awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang 145 cm tergolong resiko tinggi (Romaui, 2011).

(b) Berat Badan

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

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

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan perminggu sebesar 0,4

kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan perminggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2010).

(c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Kulit pucat dan rambut rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2012). Bersih atau kotor,

pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurag gizi atau ada kelainan tertentu (Romaui, 2011).

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 grjala preeklamsia (Manuaba, 2010).

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).

4) Telinga

Tujuan pengkajian ini adalah untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, benjolan, lesi, warna, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, membrane timpani (Varney, 2007).

5) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembekuan darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011).

6) Gigi

Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

7) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

8) Dada

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

9) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011).

10) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi atau obesitas dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal. Jika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan terletak lebih rendah. Umbilikus menjadi kurang cekung sejalan dengan perkembangan kehamilan dan cepat sedikit menonjol pada minggu-minggu terakhir.

Ketika ibu sedang berdiri, abdomen dapat tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong kedepan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis

berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen dibawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (bekas *sectio caesarea*) dapat mengidentifikasi adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser *et al*, 2009).

11) Genetalia

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).

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).

13) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteiuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Marmi, 2014). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. Nilai reflek negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan khusus

1) Palpasi Leopold

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indra peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi abdomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus relaks, palpasi dilakukan dengan bantalan jari, bukan ujung jari yang lembut (Fraser *et al*, 2009).

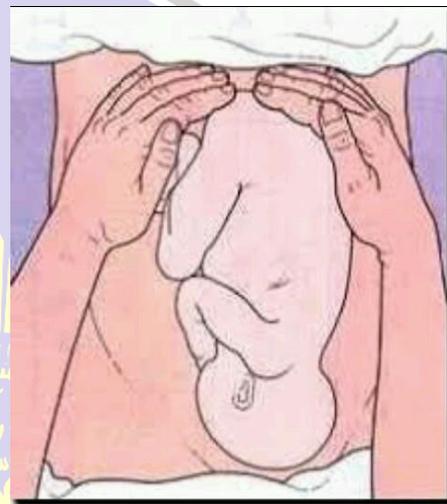
(a) Leopold 1

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (3) Rahim dibawa ketegah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan

Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokog lunak, kurang bundar dan kurang melentig. Pada letak lintang fundus

uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012), variasi kebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.



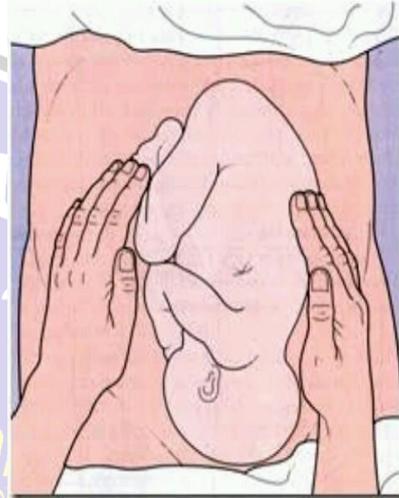
Gambar 2.23
Pemeriksaan Leopold I
Sumber :Kuswanti, 2014.

(b) Leopold II

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan leopold II yaitu :

- (1) Kedua tangan pindah kesamping
- (2) 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. Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokog ialah letak lintang.



Gambar 2.24
Pemeriksaan Leopold II

Sumber :Kuswanti, 2014.

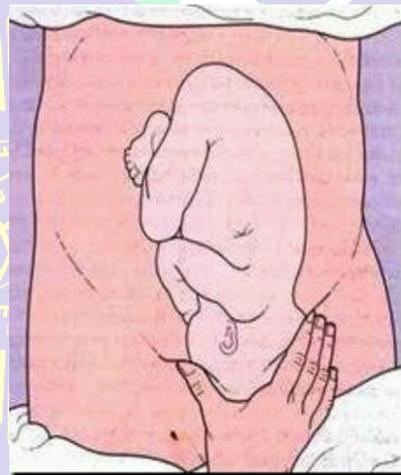
Variasi budin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan diatas fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012).

Variasi Ahfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut (Manuaba, 2012).

(c) Leopold III

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan leopold III yaitu:

- (1) Dipergunakan satu tangan saja
- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.



Gambar 2.25
Pemeriksaan Leopold III

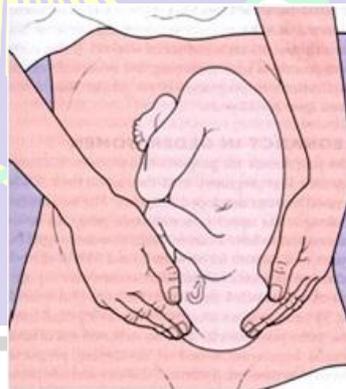
Sumber :Kuswanti, 2014.

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegag oleh Pintu Atas Panggul (PAP).

(d) Leopold IV

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan leopold IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatlkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.



Gambar 2.26
Pemeriksaan Leopold IV

Sumber :Kuswanti, 2014.

Jadi leopold IV utuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan:

(1) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga

(2) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul

(3) Jika kedua divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

2) Osborn Test

Menurut Winkjosastro (2007), tujuan Osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (Dispersi Kepala Panggul) pada ibu hamil.

Prosedur pemeriksaan test Osborn ini adalah sebagai berikut:

(a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu

(b) Tangan kiri mendorong janin masuk/ kearah PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simfisi, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil test osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu (\pm). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase).

Cara lain apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simfisis, maka jari tengah diletakkan tepat di atas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah negatif (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (\pm). Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil test osborn adalah positif (+).

3) Tinggi Fundus Uteri (TFU)



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

4) Taksiran Berat Janin

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut:

$$(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}$$

Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n = 12$.

Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n = 11$

(Romauli, 2011).

Tabel 2.10
Tafsiran berat janin berdasarkan usia kehamilan

Usia Kehamilan	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba, 2010

5) 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).

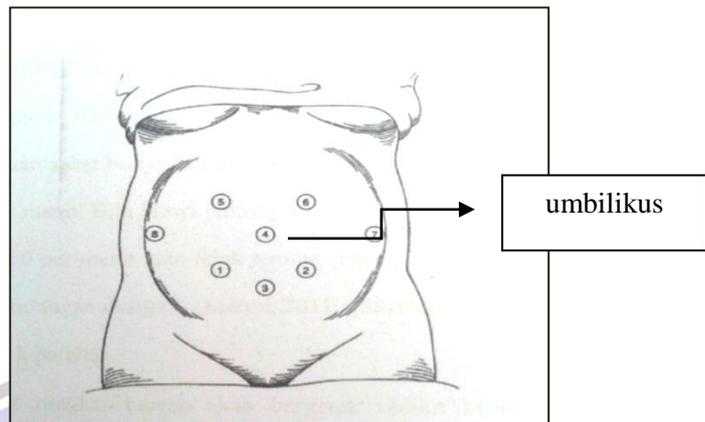
Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga dan 5 detik kelima dalam satu menit.

Contoh :

- (a) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal
- (b) (10-14-9) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 kali permenit, janin dalam keadaan asfiksia
- (c) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 kali permenit, janin dalam keadaan asfiksia

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga dan kelima dalam satu menit tidak boleh lebih dari dua.

Untuk Letak Puntum Maksimum pada kehamilan dengan posisi normal dapat dilihat pada gambar sebagai berikut:



Gambar 2.27
Letak Punctum Maksimun Pada Posisi Normal
Sumber: Wheeler, 2004

Keterangan:

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula muladengarkan di pertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajiner 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.

6) Perkusi reflek patela

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).

7) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014) Persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan 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

prosesus 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) (Marmi, 2014).

(b) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, os.Sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $\geq 90^\circ$.

d) Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan darah

(a) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat

Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb ≥ 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 g% (Manuaba, 2012).

Tabel 2.11
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.

(b) Golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil ini penting dilakukan untuk mengetahui golongan darah pada ibu. Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil dilakukan pada awal kehamilan. Pemeriksaan golongan darah mempunyai berbagai manfaat dan mempersingkat waktu dalam identifikasi. Golongan darah penting untuk diketahui dalam hal kepentingan transfusi dan donor yang tepat (Azmielvita, 2009).

2) Protein urine

Pemeriksaan urin dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-). Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir (+). Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) . Kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping besar atau bergumpal (++++) (Romauli, 2011).

3) Reduksi urine

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Cara menilai hasilnya yaitu, hijau jernih atau biru (-), hijau keruh (+), hijau keruh kekuningan (++) , jingga atau kuning keruh (+++), merah kekuningan, keruh atau merah bata (++++) (Romauli, 2011).

4) *Ultrasonografi* (USG)

Dengan adanya pelayanan Ultrasonografi (USG), kesalahan perhitungan usia kehamilan dapat dikurangi. USG sering dilakukan pada usia kehamilan 16 minggu untuk menilai viabilitas janin,

menentukan usia kehamilan, serta mengetahui kelainan-kelainan yang mungkin terdapat pada fetus (Patel PR, 2007).

Dalam menentukan usia kehamilan, USG mempunyai beberapa parameter yang bisa digunakan. Beberapa parameter USG tersebut adalah:

- (a) Diameter Biparietal (BPD)
- (b) Lingkar Kepala (head circumference; HC)
- (c) Lingkar Abdomen (abdomen circumference; AC)
- (d) Panjang Femur (femur length; FL)(Patel PR, 2007).

5) Non Stress Tes (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerak janin (Marmi, 2011).

Pemeriksaan detak jantung janin dihubungkan dengan gerak janin. Terjadinya akselerasi menunjukkan kesejahteraan janin optimal intra uteri (Manuaba, 2010).

6) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati. Terdiri dari kehamilan resiko 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).

B. Diagnose

Dari hasil pemeriksaan harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida atau multigravida, atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil, berapa usia kehamilan saat ini, apakah janin hidup, apakah janintunggal, bagaimana letak janin, apakah intrauterine, serta penggolongan ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan (Manuaba, 2010:278).

C. Intervensi

Menurut Varney dkk, tahun 2004, perencanaan merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini

harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan pasien (Febryanti, 2013).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria hasil :

1. Keadaan umum baik.
2. Kesadaran composmentis.
3. Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
4. Pemeriksaan laboratorium.
5. Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).
6. DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur.
7. TFU sesuai dengan usia kehamilan.
8. Situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut Varney *et al* (2007)

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

2. Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

3. Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

R/Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

4. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011).

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.

Maslah –masalah

a) Masalah 1 : Nuktoria

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nuktoria)

Kriteria :

- 1) Ibu BAK 7-8x/hari terutama siang hari
- 2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Marjiati (2010):

- 1) KIE tentang penyebab sering BAK

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

- 2) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih ketika ada dorongan untuk BAK

R/agar tidak terjadi infeksi saluran kemih

- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih

- 4) Anjurkan ibu untuk tidak menaha BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- 5) Anjurkan banyak minum pada siang hari dan mengurangi setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

- b) Masalah 2 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2X/hari, konstistensi lunak

Intervensi menurut Eny (2009):

- 1) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

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

- 2) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas terutama ketika perut ibu kosong

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

- 3) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

c) Maslah 3 : 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 Varney *et al* (2007):

- 1) Jelaskan penyebab kram kaki
R/ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalium
- 2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur
R/ senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi
- 3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage
R/ sirkulasi darah ke jaringan lancar
- 4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama

R/ mengurangi penekanan yang terlalu lama pada kaki sehingga aliran darah lancar

- 5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas yang berat dan cukup istirahat

R/ otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang

- 6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

- d) Masalah 4 : Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Eny (2009):

- 1) Anjurkan ibu menghindari posisi tidur telentang jika punggung terasa nyeri

R/nyeri dapat berkurang

- 2) Anjurkan ibu tidak membungkuk berlebihan

R/ membungkuk yang berlebihan menimbulkan pinggang terasa nyeri

- 3) Anjurkan ibu tidak mengangkt beban yang berat

R/ menimbulkan rasa nyeri pada pinggang bagian bawah.

4) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

e) Masalah 5: Panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : tidak terjadi *heart burn*

Kriteria :

- 1) Tidak kembung
- 2) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Eny (2009):

- 1) Anjurkan ibu makan porsi kecil tapi berulang
R/ mengurangi rasa mual
- 2) Anjurkan ibu menghindari makanan penstimulus
(kopi, alcohol, coklat dan lemak)

R/menekan motilitas lambung dan sekresi asam lambung

- 3) Anjurkan ibu menghindari makan-makanan yang dingin atau minum bersamaan makan

R/ menghambat sekresi asam lambung

- 4) Hindari makan atau berbaring selama tiga jam sebelum tidur

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

5) Berikan antasida

R/Antasida adalah obat yang digunakan untuk mentralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada

f) Masalah 6 : Varises

Tujuan :tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : tidak terdapat virus

Intervensi menurut Varney *et al* (2007):

1) Kenakan kaos kaki penyokong

R/ penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises

2) Hindari mengenakan pakaian ketat

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk

R/ meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises

4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur
 R/ latihan ringan dan berjalan 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 : kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria :

- 1) Ibu tampak tenang dan rileks
- 2) Ibu tampak tersenyum

Intervensi menurut Varney *et al* (2007):

- 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 menjelang persalinan

D. Implementasi

Menurut Varney, pada langkah inirencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah perencanaan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Penatalaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau tenaga kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri tetapi dia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan penatalaksanaannya (Varney, 2007).

Menurut Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Praktik Kebidanan, tindakan kebidanan dilaksanakan berdasarkan diagnose, rencana dan perkembangan keadaan klien. Adapun definisi operasionalnya adalah sebagai berikut:

1. Ada format tindakan kebidanan dan evaluasi.
2. Tindakan kebidanan dilakukan sesuai dengan rencana dan perkembangan klien.
3. Tindakan kebidanan dilakukan sesuai dengan prosedur tetap dan wewenang bidan atau hasil kolaborasi.

4. Tindakan kebidanan dilaksanakan dengan menerapkan etika dan kode etik kebidanan.
5. Seluruh tindakan kebidanan dicatat pada format yang telah tersedia.

Selain kelima poin di atas, terdapat juga standar partisipasi klien, dimana klien dan keluarga dilibatkan dalam rangka peningkatan pemeliharaan dan pemulihan kesehatan meliputi:

1. Klien dan keluarga mendapatkan informasi tentang:
 - a) Status kesehatan saat ini.
 - b) Rencana tindakan yang akan dilakukan.
 - c) Peranan klien/keluarga dalam tindakan kebidanan.
 - d) Peran petugas kesehatan dalam tindakan kebidanan.
 - e) Sumber-sumber yang dapat dimanfaatkan.
2. Klien dan keluarga dilibatkan dalam menentukan pilihan dan mengambil keputusan dalam asuhan.
3. Pasien dan keluarga diberdayakan dalam terlaksananya rencana asuhan klien.

E. Evaluasi

Menurut Kemenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007/7 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dan asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau

penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart.
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan salah satu bukti bagi seorang bidan telah melaksanakan pelayanan. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian yang baik dan benar merupakan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan untuk pencatatan asuhan kebidanan yang meliputi:

1. Data subjektif

Merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien. Informasi tersebut dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnose.

2. Data objektif

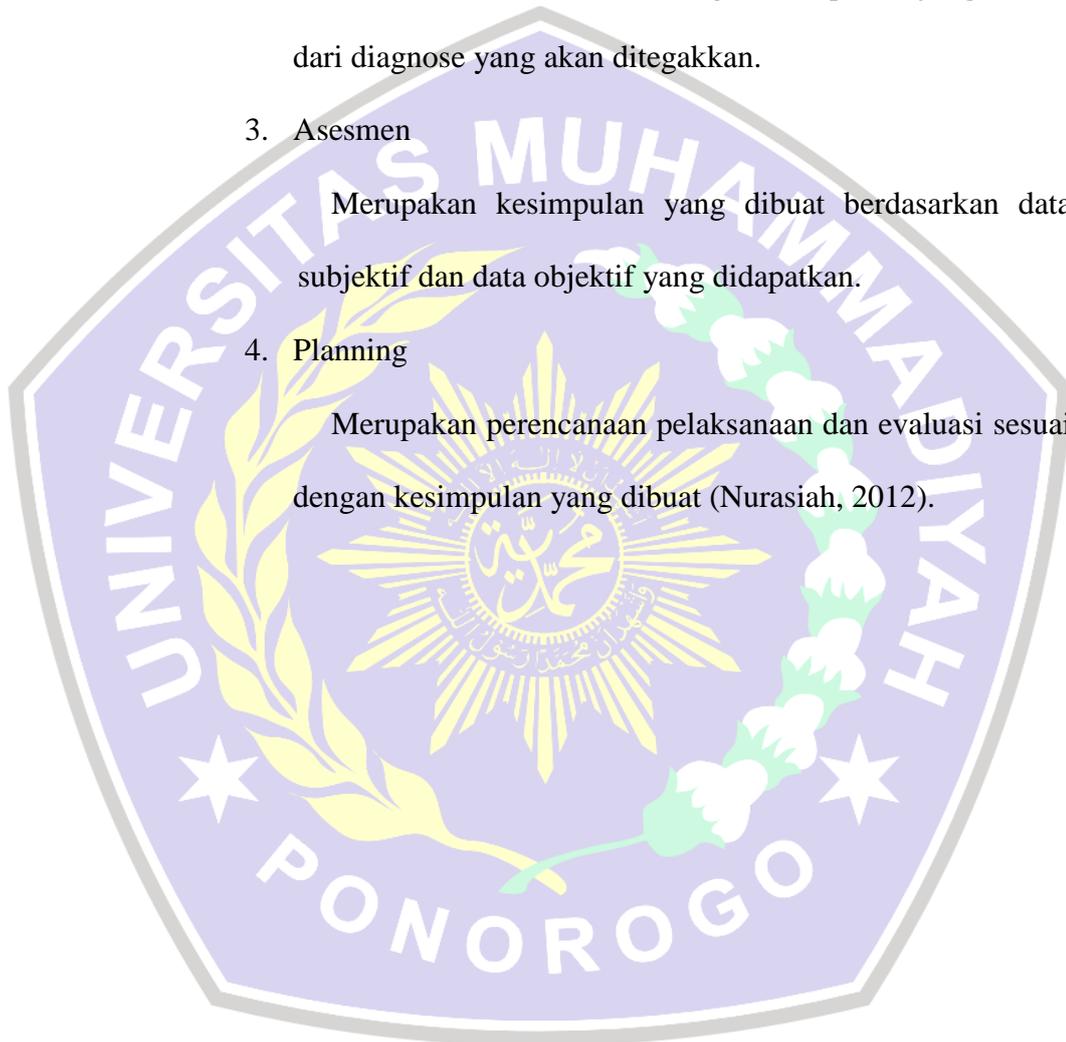
Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada waktu pemeriksaan termasuk juga hasil pemeriksaan laboratorium, USG, dll. Apa yang dapat diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnose yang akan ditegakkan.

3. Asesmen

Merupakan kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan.

4. Planning

Merupakan perencanaan pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan yang dibuat (Nurasiah, 2012).



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Nursalam, 2008).

a) Biodata

1) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomer telepon yang berbeda (Manuaba, 2012).

2) Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009). Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi

kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklapsia dan abrupsi plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney *et al*, 2007).

3) Agama

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

4) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012).

5) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba,2012).

b) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2012) tanda-tanda persalinan adalah:

1) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

2) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda).

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut

Manuaba (2012) adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan
- 4) mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

c) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu ataubayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

1) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah

mengalami antrial fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin, 2010).

Menurut Manuaba (2012) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Klas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

Klas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).

Klas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Klas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan II.

2) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009).

3) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2012).

4) Hipertiroidisme

Menurut Miller et al 1994 dalam Fraser *et al* (2009) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre

eklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

5) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser *et al*, 2009).

6) Diabetes mellitus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser *et al*, 2009).

d) Riwayat kebidanan

1) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38⁰C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38⁰C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut

“nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2012).

2) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit.

Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012).

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 kaksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2011).

4) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, jenis KB yang digunakan (Estiwidani dkk, 2008). Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date Of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”.

Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat

kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi,2011).

e) Pola kehidupan sehari-hari

1) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2008).

2) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan memperlambat turunnya bagian terendah janin, menimbulkan rasa tidak nyaman, meningkatkan resiko perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri, mengganggu penatalaksanaan distosia bahu, meningkatkan resiko infeksi saluran kemih pascapersalinan (Anonim, 2007).

3) Aktivitas

Pada kala I apabila kepala janin telah masuk sebagian ke dalam PAP serta keuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala

janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I–IV (Marmi,2011).

4) Personal Hygiene

Membilas kemaluan dengan air bersih setelah BAK, dan menggunakan sabun setelah BAB. Menjaga vagina dalam kondisi tetap bersih sangat penting karena pengeluaran air ketuban, lendir darah, ketuban menimbulkan perasaan yang tidak nyaman untuk ibu. Sehingga ibu dianjurkan untuk mandi agar lebih segar dan bertenaga (Nurasiah dkk, 2012).

f) Sexual

Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri (Kuswanti, 2014).

g) Riwayat Ketergantungan

Menurut Marmi tahun 2011 menjabarkan bahwa riwayat ketergantungan meliputi:

(a) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko.

(b) 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 pada bayi yang dikandungnya.

(c) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko.

Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan

perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011)

h) Riwayat Psikososial dan Budaya

Pada trimester III klien merasa tidak feminine lagi karena perubahan tubuhnya, kekuatan akan kelahiran bayinya, stress keluarga karena adanya perasaan sesak selama persalinan berlangsung. Faktor-faktor situasi, seperti pekerjaan wanita dan pasangannya, pendidikan, status perkawinan, latar belakang budaya dan etik, serta status sosial ekonomi (Marmi, 2011).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmetis, 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).

(a) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik

rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney *et al*, 2007). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser *et al*, 2009).

(b) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase

penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney *et al*, 2007). Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser *et al*, 2009).

(c) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1⁰ C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit

adalah normal. Namun bila 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 *et al*, 2007).

(d) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney *et al*, 2007).

b) Pemeriksaan fisik

1) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Varney *et al*, 2007).

2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis,

bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011).

3) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney *et al*, 2008).

4) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012).

5) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney *et al*, 2007).

6) 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. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjastro, 2008). Kandung kemih harus sering diperiksa

setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney *et al*, 2007). Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus (Varney *et al*, 2007).

7) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosisitas vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat

robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro, 2008).

8) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro, 2008).

9) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012). Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney *et al*, 2007).

c) Pemeriksaan khusus

1) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala

janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser *et al*, 2009).

(a) Leopold 1

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (3) Rahim dibawa ketengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan
- (5) Tentukan bagian apa dari bayi yang

terdapat pada fundus sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokog lunak, kurang bundar dan kurang melentig. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut

Manuaba (2012), variasi kebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur dengan pita. Tinggi fundus dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetrik dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Wiknjastro, 2006).

(b) Leopold II

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu :

- (1) Kedua tangan pindah kesamping
- (2) 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.

Kadag-kadang disampig terdapat kepala atau bokog ialah letak lintang.

Variasi budin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan diatas fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012).

Variasi Ahfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut (Manuaba, 2012).

(c) Leopold III

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan leopold III yaitu:

- (1) Dipergunakan satu tangan saja
- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakan bagian bawah masih dapat digoyangkan

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegag oleh Pintu Atas Panggul (PAP).

(d) Leopold IV

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaa leopold IV yaitu:

(1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita

(2) Degann kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

(3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul

(4) Jika kita rapatlkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Jadi leopold IV utuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.

Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar :

a. Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga

- b. Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul
- c. Jika kedua divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

- (a) Fundus uteri diukur dengan pita menurut Mc. Donald (Sarwono, 2007). Tinggi fundus di kalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila di kalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

$$(a) \text{Tinggi fundus (cm)} \times 2/7 = (\text{durasi kehamilan dalam bulan})$$

$$(b) \text{Tinggi fundus (cm)} \times 8/7 = (\text{durasi kehamilan dalam minggu})$$

- (b) Perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.12

Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah antara simfisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Setinggi umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (\pm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah antara umbilikus dan prosessus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber: (Saifuddin, 2014)

3) Cara mentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut:

(tinggi fundus dalam cm - n) \times 155 = berat (gram).

Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka $n = 12$.

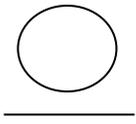
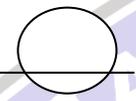
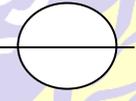
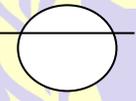
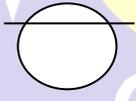
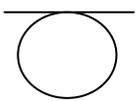
Bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n = 11$
(Romauli, 2011).

Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008):Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan).



Tabel 2.13

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
 = 4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 = 1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul
 = 0/5	H IV	Di perineum

Sumber : (Saifuddin dkk, 2013:10)

4) Auskultasi

Penilaian denyut jantung janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. 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. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Pada saat persalinan penting diketahui sifat denyut jantung janin (cepat, lambat, dan tak teratur). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah:

- (a) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal

(b) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia

(c) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2.

5) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012).

Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(a) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008).

(b) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga

disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008).

(c) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008).

(d) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008).

d) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan dalam

Kewaspadaan melakukan pemeriksaan dalam

(1) Pencegahan infeksi

(a) Terhadap diri sendiri. Pakailah sarung tangan yang telah disterilkan untuk melindungi diri sendiri dari kemungkinan infeksi. Bidan atau mereka yang bekerja pada bidang kesehatan tidak luput dari kemungkinan terkena infeksi.

(b) Terhadap pasien khususnya janin dalam rahim. Bukalah bibir kanan-kiri vagina dengan tangan kiri. Bersihkan dengan

kapas yang telah direndam dengan antiseptic. Dari atas ke bawah dan terus dibuang (satukali pemakaian). Tangan kanan dimasukkan ke dalam liang senggama dan tidak boleh dikeluarkan sebelum seluruh pemeriksaan dapat dievaluasi.

(2) Temuan dalam pemeriksaan dalam

(a) Perabaan serviks: Apakah serviks lunak atau kaku; Apakah serviks telah menatar; Apakah serviks masih tebal atau telah tipis; Berapa pembukaan serviks; Kemana arah serviks.

(b) Keterangan tentang ketuban. Apakah ketuban sudah pecah atau belum. Untuk menetapkannya dapat ditunggu sampai His berlangsung karena saat His ketuban menonjol. Pada pembukaan hamper lengkap, ketuban dipecahkan.

(c) Bagian terendah dan posisinya. Bagian terendah sudah dapat ditentukan dengan pemeriksaan Leopold III dan IV. Kepala terasa keras, bulat dan terdapat sutura dan

ubun-ubun kecil atau besar; posisi kepala: letak demoninator dan penurunan kepala. Pada letak kepala, kaji: penurunan berdasarkan bidang hodge, apakah terdapat kaput suksedaneum dan seberapa besarnya, apakah terdapat letak kombinasi antara tangan/lengan menumbung, kepala dan kaki, kepala tali pusat. Bokong dikenal dengan bagian yang lunak dan denominatornya tulang sacrum.

(3) Pemeriksaan ukuran panggul. Keadaan panggul dapat diperkirakan normal bila dijumpai persalinan berlangsung spontan bayi hidup dan aterm. Primigravida kepala janin masuk PAP minggu ke-36. Ukuran panggul yang diperhatikan pada primigravida: Apakah promontorium teraba dan berapa panjang konjugata diagonalis; Apakah linea inominata teraba dan seberapa bagian; Apakah os sacrum berbentuk konkaf; Bagaimana keadaan dinding samping panggul; Apakah spina iskiadika menonjol atau tidak; Bagaimana keadaan

arkus pubis dan os pubis; Bagaimana keadaan dasar panggul.

Pada primigravida ketiga factor persalinan 3 P belum teruji. Dengan demikian pertolongan persalinan pada primigravida memerlukan observasi yang lebih tepat dan ketat

(4) Keadaan abnormal atau patologis. Pada pemeriksaan dalam dicari keadaan abnormal yang menyebabkan persalinan menyimpang.

Keadaan abnormal tersebut meliputi: Terdapat tumor atau terjadi penyempitan vagina; Kekakuan serviks sehingga mengganggu pembukaan; Arah dan panjang serviks; Tumor yang menghalangi penurunan bagian terendah; Tumor atau keadaan abnormal tulang panggul yang menyebabkan deformitas jalan lahir(Manuaba dkk, 2010).

b) Pemeriksaan panggul

Tulang panggul (os sakrum) terdiri atas kiri dan kanan yang melekat satu sama lain di garis medianus persambungan tulang rawan disebut simpisis oseum pubis sehingga terbentuk gelang

panggul yang disebut singulum ekstremitas inferior.

Os sakrum dibentuk oleh os ileum (tulang usus), os pubis (tulang kemaluan), dan os iskii (tulang duduk). Di dalam os ileum terdapat lekuk besar yang disebut fossa iliaka, di depan krisna iliaka terdapat tonjolan spina iliaka anterior superior dan di belakang spina iliaka posterior superior. Os iskii terdiri atas korpus ossis iskii, di belakang asetabulum korpus ossis iskii mempunyai taju yang tajam disebut spina iskiadika yang terdapat insisura iskiadika mayor dan dibawahnya spina iskiadika minor. Os pubis terdiri dari pubis kanan dan kiri yang terdapat tulang rawan disebut simpisis pubis. (Saifuddin, 2007).

Menurut Marmi (2014) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran panggul. Maa untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

(1) Pemeriksaan panggul luar

Cara ini dapat ditentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuranukuran panggul apabila dilakukan dengan pemeriksaan dalam.

Alat-alat yang dipakai antara lain : jangkar-jangkar panggul Martin, Oseander, Collin, Boudeloque dan sebagainya.

Yang diukur adalah :

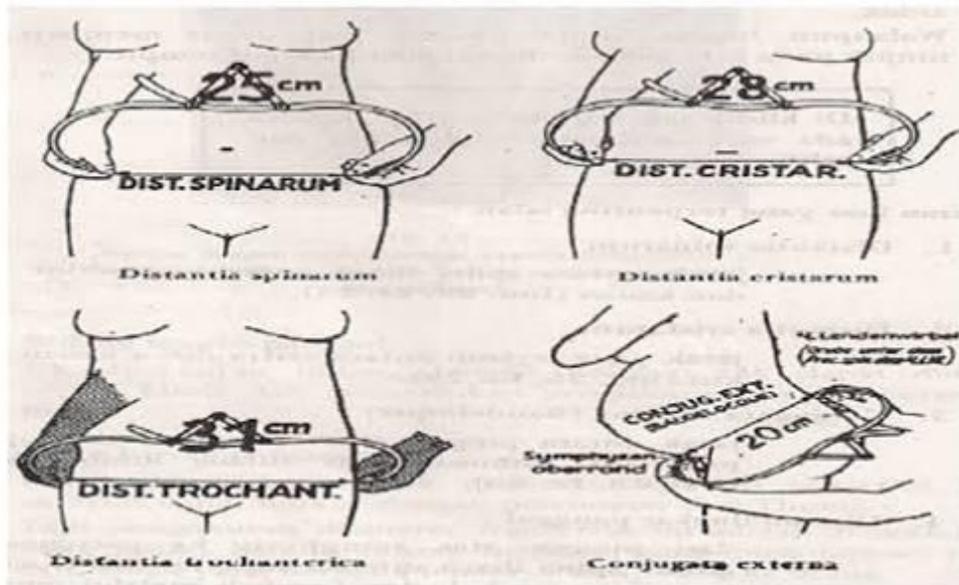
- (a) Distansia spinarum (\pm 24-26 cm), jarak anatar kedua spina iliaka anterior superior sinistra dan dekstra.
- (b) Distansia kristarum (\pm 28-30 cm), jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krisna iliaka sinistra dan dekstra.
- (c) Distansia oblikua eksterna (ukuran miring luar), jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior dekstra dan dari spina iliaka posterior dekstra dan spina iliaka anterior superior sinistra.
- (d) Distansia intertrokanterika, jarak antara kedua trokanter mayor.

- (e) Konjugata eksterna (Boudeloque) \pm 18 cm, jarak antara bagian atas simfisis ke profesus spinosus lumbal 5.
- (f) Distansia tubernum (\pm 10,5 cm), jarak antara tuber iskii kanan dan kiri.

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promotorium tidak teraba, tidak ada tumor, linea innominate teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os. Sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis.

Memasukkan dua jari (telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang / promotorium. Hitung jarak dari tulang kemaluan hingga promotorium untuk mengetahui ukuran pintu atas panggul dan pintu tengah panggul. Pemeriksaan ini mendapatkan konjugata diagonal (Aflah Nur, 2010).



Gambar : 2.28
Pemeriksaan Panggul Luar

Sumber : Sari,2014

c) Pemeriksaan darah

(1) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb > 7 g% (Manuaba, 2012).

(b) Golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil ini penting dilakukan untuk mengetahui golongan darah pada ibu. Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil dilakukan pada awal kehamilan. Pemeriksaan golongan darah mempunyai berbagai manfaat dan mempersingkat waktu dalam identifikasi. Golongan darah penting untuk diketahui dalam hal kepentingan transfusi dan donor yang tepat (Azmielvita, 2009).

4) Pemeriksaan urin

Menurut Fraser *et al* (2009) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

- (1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis gravidarum, kelaparan atau latihan fisik yang berlebihan.

(2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

B. Diagnosa kebidanan

G₁P₀UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

1. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, Krieb dan Gegor, 2007).
2. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi ,maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidak nyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008).
3. Kala II dengan kemungkinan masalah :
 - a) Kekurangan cairan
 - b) Infeksi
 - c) Keletihan
 - d) Kram tungkai (Varnei, Krieb dan Goger, 2007).

- e) Bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
- f) P_{≥1} Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut (Sulistyawati, 2010).
- g) Retensio Plasenta
- h) P_{≥1} kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi:
- 1) Atonia uteri (Sukarni,2013)
 - 2) Robekan vagina, perineum atau serviks (Sukarni,2013).

C. Identifikasi Diagnosa Masalah Kebidanan

G.P_{APIAH} UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H_{...}, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

1. Kala I

Ada kemungkinan terjadinya persalinan dengan kala I lama (Purwandari, 2014).

2. Kala II

- a) Kekurangan asupan cairan
- b) Infeksi (Winkjosastro, 2008)
- c) Kram pada tungkai (Varney, dkk. 2007)

3. Kala III

Menurut Winkjosastro masalah yang kemungkinan timbul dalam persalinan kala III adalah sebagai berikut:

- a) Retensio plasenta
- b) Avulse tali pusat
- c) Plasenta yang tertahan

(Winkjosastro, 2008)

4. Kala IV

- a) Atonia uteri
- b) Robekan vagina, perineum atau serviks
- c) Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh.

(Winkjosastro, 2008)

D. Intervensi

G_{≥1}P₀>UK 37 - 40 minggu, tunggal, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/ fase aktif.

Tujuan : Persalinan berjalan dengan normal dan bayi lahir dengan sehat.

Kriteria :

1. KU baik, kesadaran komposmentis.
2. TTV dalam batas normal.
 - 1) T: 100/60 – 130/90 mmHg.
 - 2) S: 36 – 37°C.
 - 3) N: 80–100x/menit.
 - 4) R: 16 – 24x/menit.
3. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
4. Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.
5. Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.
6. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
7. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.
8. Plasenta lahir spontan, lengkap.
9. Perdarahan <500 cc.

(Wiknjosarto, 2008)

Berdasarkan tahap-tahap persalinan, intervensi dalam persalinan dapat dibagi menjadi 4 yaitu kala I, kala II, kala III dan kala IV, lebih jelasnya sebagai berikut ini:

a. Kala I

- 1) Beritahukan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah dalam proses persalinan dengan keadaan janin baik.

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

- 2) Berikan dukungan moral pada ibu.

R/ Dapat membantu ibu merasa lebih tenang.

- 3) Jelaskan pada ibu tentang proses persalinan.

R/Memudahkan jalannya kala II

- 4) Anjurkan ibu untuk memilih yang akan mendampingi saat persalinan

R/Meningkatkan tingkat kenyamanan ibu dalam proses persalinan berlangsung.

- 5) Tawarkan pada ibu posisi yang nyaman untuk ibu dan memberitahu teknik cara pernapasan yang baik saat ada his.

R/Teknik pernapasan dapat membantu ibu merasa tenang dan tidak mudah lelah jika proses pengeluaran janin berlangsung.

- 6) Tawarkan ibu untuk makan atau minum bila tidak ada his.

R/Ibu yang kekurangan cairan dan nutrisi bisa berdampak pada kekuatan dan frekuensi his selama persalinan.

- 7) Sarankan ibu untuk tidak menahan kencing.

R/Kandung kemih yang penu dapat menyebabkan his terganggu.

- 8) Lakukan observasi kemajuan persalinan setiap 4 jam sekali meliputi : pembukaan serviks, penurunan kepala, TD, suhu dan kontraksi, nadi dan DJJ setiap 30 menit.

R/Mengetahui kemajuan persalinan ibu dan untuk mengetahui keadaan ibu janin .

- 9) Jaga kebersihan ibu terutama alat genetalia dan batasi periksa dalam terlalu sering.

R/Mencegah terjadinya infeksi.

- 10) Dokumentasikan hasil asuhan yang diberikan.

R/Digunakan sebagai rekam medic yang bisa digunakan jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan.

(Nurasiah, 2012).

b. Kala II

1) Mengenal gejala dan tanda kala dua.

R/Pengenalan tanda secara menyeluruh dapat memutuskan tindakan yang segera dilakukan.

(1) Mendengar dan melihat tanda gejala kala dua meliputi:

- (a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran.
- (b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
- (c) Perineum tampak menonjol.
- (d) Vulva dan spingterani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/Persiapan yang dilakukan dengan matang seperti persiapan alat dan obat dan peralatan lainnya dapat meminimalisir terjadinya human error dalam pemberian asuhan persalinan normal.

(2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

Untuk resusitasi tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm di atas tubuh bayi

(a) Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

(b) Menyiapkan oksitosin 10 UI dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

(3) Pakai celemek.

(4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

(6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak kontaminasi pada alat suntik).

3) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik

R/Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

(7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan

menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

(a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.

(b) Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

(c) Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%.

(8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

(a) Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam 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.

(10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/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.

4) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan 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 menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

(a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan

memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

(12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah dipeluk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

(13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

a) Bimbing ibu agar meneran secara benar dan efektif.

b) Dukung dan beri semangat saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang di antara kontraksi).

d) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).

g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).

(14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

(15) Persiapan pertolongan kelahiran bayi

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong proses persalinan.

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

(17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

(18) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

(19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

Menolong kelahiran bayi

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

Lahirnya Kepala

(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 atau bernafas atau bernafas cepat dan dangkal.

(21) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera lanjutkan 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 di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut.

(22) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya Bahu

- (23) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.



Gambar 2.29
Melahirkan bahu depan kemudian bahu belakang

Sumber : Prawirohardjo, 2014.

Lahirnya Badan dan Tungkai

- (24) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk meyanggah kepala lengan dan siku sebelah bawah menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- (25) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Memegang kedua mata kaki (masukkan

telunjuk di antara kaki pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari-jari lainnya).

b) Penanganan bayi baru lahir

R/Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

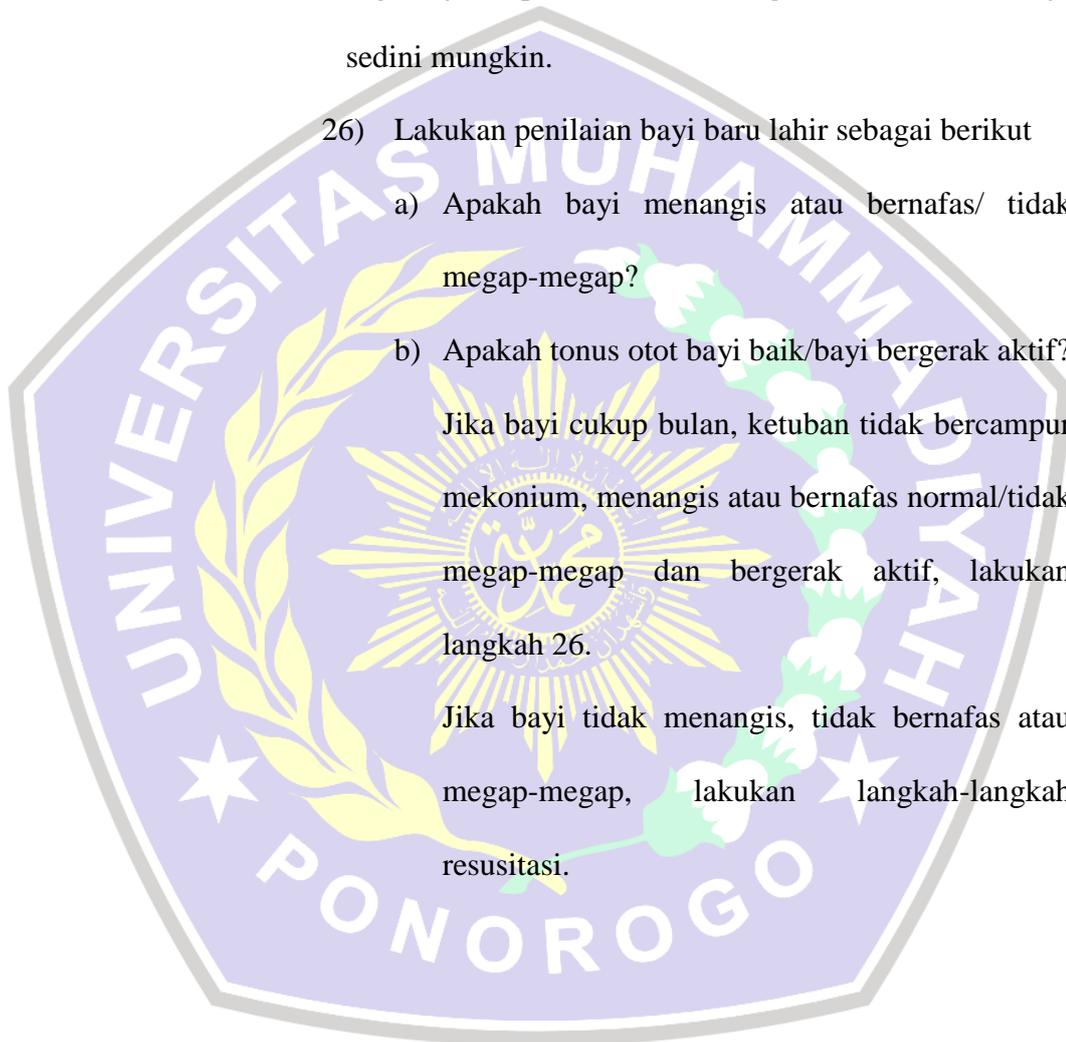
26) Lakukan penilaian bayi baru lahir sebagai berikut

a) Apakah bayi menangis atau bernafas/ tidak megap-megap?

b) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika bayi cukup bulan, ketuban tidak bercampur mekonium, menangis atau bernafas normal/tidak megap-megap dan bergerak aktif, lakukan langkah 26.

Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap, lakukan langkah-langkah resusitasi.





Gambar 2.30
Sangga susur pada proses melahirkan bayi

Sumber : Qumariyah, 2012.

27) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk yang kering. Biarkan bayi mantap di atas perut ibu.

(28) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

(29) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

(30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 UI IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

(31) Setelah 2 menit pasca persalinan , jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

(32) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan penggungtingan 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) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.

(33) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu.luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu.

usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dan putting payudara ibu.

(34) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

c. Kala III

8) Penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga

R/Pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

(35) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.

(36) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi tangan lain menegangkan tali pusat.

(37) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya.

(a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

Pengeluaran plasenta

(38) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil

penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas. Mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

(1) Beri dosis ulang oksitosin 10 UI IM.

(2) Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh.

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Ulang penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan segera lakukan plasenta manual.

(39) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Jika selaput ketuban obek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput ketuban kemudian jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaputnya yang tertinggal.

(40) Rangsangan taktil (masase) uterus

(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).

a) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.

d. Kala IV

9) Menilai perdarahan

R/Selaput ketuban yang tertinggal akan menyebabkan perdarahan.

(42) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.

- (43) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

10) Melakukan prosedur pasca persalinan

- (44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

- (45) Lakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan biarkan bayi tetap kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

(b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

(c) Setelah bayi selesai menyusu dalam 1 jam pertama, beri vitamin K 1 mg intramuscular dipaha kiri dan salpe/tetes mata antibiotika.

- (46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

- (47) Setelah satu jam pemberian injeksi vitamin K1 diberikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan.

Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

Evaluasi

(48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

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

(b) Setiap 15 menit pertama pasca persalinan.

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

(d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri.

(49) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

(51) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan.

- (a) Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
- (b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

(52) Pantau tanda-tanda bahaya pada setiap 15 menit.

Pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).

- (a) Jika terdapat napas cepat, retraksi dinidng dada bawah yang berat, sulit bernafas, merintih, lakukan rujukan.
- (b) jika kaki teraba dingin pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi untuk kontak kulit bayi ke kulit ibunya, selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut.

Kebersihan dan keamanan

(53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah didekontaminasi.

(54) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

(55) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT.

Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

(56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan yang diinginkannya.

(57) Dikontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

(58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tandavital dan kala IV.

(Jnpk-Kr, 2012)

E. Masalah dalam persalinan

a) Kala I

1) Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan : Menurunkan tingkat kecemasan pada ibu.

Kriteria : Ibu tampak tenang.

Intervensi

(a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

(b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

(Wiknjosastro, 2008)

2) Ketidaknyaman menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Ibu merasa nyaman dengan proses persalinan yang sedang dihadapinya.

Kriteria : Ibu merasa tenang, nyeri punggung berkurang.

Intervensi

(a) Ajarkan ibu cara melakukan relaksasi saat his berlangsung.

R/Peralihan rasa nyeri ibu dengan cara memperhatikan teknik pernapasan yang benar saat terjadi his dengan menghirup udara melewati hidung dan keluarkan perlahan lewat mulut.

- (b) Anjurkan ibu untuk melakukan beberapa gerakan dan perubah posisi.

R/Mobilisasi ibu dapat mempengaruhi frekuensi his dalam persalinan, terutama posisi miring kiri. Hal ini dapat mempercepat penurunan kepala janin.

- (c) Berikan *massage* pada ibu.

R/ *Massage* atau pijatan pada abdomen (*effleurage*) adalah bentuk stimulasi kulit yang digunakan selama proses persalinan dalam menurunkan nyeri secara efektif.

- (d) Lakukan terapi kompres panas atau dingin.

R/Kompres panas dapat meningkatkan suhu lokal pada kulit sehingga meningkatkan sirkulasi pada jaringan untuk proses metabolisme tubuh. Sedangkan kompres dingin sangat berguna untuk mengurangi ketegangan otot dan nyeri dengan menekan spasme otot (lebih lama daripada kompres panas).

- (e) Lakukan *akupresur* pada ibu.

R/Akupresur lebih tepat pada persalinan daripada akupuntur karena mudah dilakukan sendiri dan terutama bermanfaat bagi nyeri punggung.

(Arifin, 2008)

b) Kala II

1) Cara meneran yang salah

Tujuan : Ibu dapat meneran yang terfokus pada abdomen dan anus.

Kriteria : ibu dapat meneran dengan benar dan efektif sesuai bimbingan bidan atau tenaga kesehatan lainnya.

Intervensi

(a) Anjurkan ibu untuk memilih pendamping persalinan

R/Membuat ibu merasakan kenyamanan dan merasa diperhatikan oleh anggota keluarganya.

(b) Tawarkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dan beritahu teknik napas yang baik saat ada his.

R/Posisi ibu saat persalinan akan mempengaruhi cepat atau lambatnya penurunan kepala janin.

(c) Ajarkan ibu cara mengejan yang baik dan benar.

R/Kedua lengan diletakkan pada lipatan paha dan kepala ibu diangkat sambil melihat perut, menarik

nafas lewat hidung sambil ditahan kemudian dikeluarkan lewat mulut (Nurasiah, 2012:240-241).

- (d) Beritahu ibu agar tidak menutup matanya saat akan mengejan atau saat terdapat kontraksi.

R/Selain untuk melihat dan mengontrol apa yang harus di lakukan jaga agar pembuluh darah disekitar mata tidak pecah. Usahakan selalu melihat ke perut. Sambil istirahat, lakukan bernapas pendekpendek lewat mulut.

- (e) Beritahu ibu untuk tidak mengangkat bokong saat ingin mengejan.

R/Mengangkat bokong dapat menyebabkan terjadi robekan pada vagina dan perineum (Purwandari, 2013).

2) Kekurangan asupan cairan.

Tujuan : Ibu terhindar dari gejala dan tanda dehidrasi.

Kriteria : Nadi 76-100x/menit.

Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam.

Intervensi :

- (a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

(b) Jika dalam waktu 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

(c) 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.

(Yeyeh, 2009)

3) Infeksi

Tujuan : Tidak terjadi infeksi selama proses persalinan

Kriteria : TTV normal, KU baik dan cairan ketuban jernih serta tidak berbau.

Intervensi

(a) Lakukan perawatan parietal setiap 4 jam.

R/Membantu meningkatkan kebersihan, mencegah terjadinya infeksi uterus asenden dan kemungkinan sepsis.

(b) Catat tanggal dan waktu pecah ketuban.

R/Dapat terjadi infeksi jika ketuban pecah dalam 4 jam terakhir.

- (c) Lakukan pemeriksaan vagina hanya bila sangat perlu, dengan menggunakan teknik aseptik.

R/Pemeriksaan vagina berulang meningkatkan resiko infeksi endometrial.

- (d) Pantau suhu, nadi dan sel darah putih.

R/Peningkatan suhu atau nadi lebih dari 100 dpm dapat menandakan infeksi.

- (e) Gunakan teknik aseptis bedah pada persiapan peralatan.

R/Menurunkan resiko kontaminasi dengan cara memakai masker dan penutup kepala, mencuci tangan 7 langkah, pemakaian sarung tangan dan celemek (jubah), persiapan ibu, memelihara sterilisasi lokasi persalinan, menggunakan teknik persalinan yang aman, dan sterilisasi dari ruang persalinan dan alat-alat persalinan.

- (f) Berikan antibiotic sesuai indikasi.

R/Digunakan dengan kewaspadaan karena pemakaian antibiotic dapat merangsang pertumbuhan yang berlebih dari organism resisten.

(Lesmana, 2014)

(g) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

(h) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(i) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas (Varney, dkk, 2007).

c) Kala III

1) Ibu kelelahan

Tujuan : Ibu sudah tidak merasakan kelelahan lagi

Kriteria : TTV dalam batas normal dan ibu menyatakan bahwa ibu masih memiliki cukup tenaga.

(1) Menganjurkan keluarga untuk memberikan minum kepada ibu.

R/Makanan atau asupan cairan yang cukup akan memberi lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi atau kontraksi tidak teratur (Purwandari, dkk, 2014).

(2) Kaji TTV yaitu nadi dan tekanan darah.

R/Nadi dan tekanan darah dapat menjadi indicator terhadap status hidrasi dan energy ibu.

- (3) Anjurkan ibu untuk relaksasi dan istirahat di antara kontraksi.

R/Mengurangi bertambahnya keletihan dan menghemat energy yang dibutuhkan untuk persalinan.

- (4) Sarankan suami atau keluarga untuk mendampingi ibu.

R/Dukungan emosional khususnya dari orang-orang yang berarti bagi ibu dapat memberikan kekuatan dan motivasi bagi ibu(Lesmana, 2014).

2) Plasenta belum lahir

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap.

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi

- (a) Jika plasenta terlihat dalam vagina, mintalah ibu untuk mengedan.

R/jika dapat merasakan plasenta dalam vagina, keluarkan plasenta tersebut.

- (b) Pastikan kandung kemih sudah kosong.

R/Jika diperlukan lakukan kateterisasi kandung kemih.

- (c) Jika plasenta belum keluar, berikan oksitosin 10 unit IM. Jika belum dilakukan pada penanganan aktif kala III.

R/Pemberian oksitosin dapat membantu uterus berkontraksi dengan baik.

- (d) Jangan berikan ergometrin.

R/Pemberian ergometrin dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tonik, yang bisa memperlambat pengeluaran plasenta.

- (e) Jika plasenta belum dilahirkan setelah 30 menit pemberian oksitosin dan uterus terasa berkontraksi, lakukan penarikan tali pusat terkendali.

R/Tali pusat akan memanjang jika plasenta sudah terlepas.

- (f) Jika traksi pusat terkendali belum berhasil, cobalah untuk melakukan pengeluaran plasenta secara manual.

R/Plasenta manual dilakukan jika ibu mengalami perdarahan setelah 30 menit plasenta tidak lahir.

- (g) Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji pembekuan darah sederhana.

R/Menghentikan perdarahan.

(h) Jika terdapat tanda-tanda infeksi (demam, secret vagina yang berbau) berikan antibiotic.

R/Menghindari terjadinya infeksi pada ibu.

(i) Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta.

R/Eksplorasi manual uterus menggunakan teknik yang serupa dengan teknik yang digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tidak keluar.

(Rukiyah, 2010)

Selain itu, menurut Saifuddin sebelum dilakukanny plasenta manual, perlu dilakukan terlebih dahulu:

(j) Pasang infuse drip oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS atau RL dengan 40 tetesan per menit.

R/Pemberian infuse NS atau RL dapat menggantikan cairan tubuh ibu yang hilang akibat perdarahan.

(Saifuddin, 2006 dalam Permani, 2013).

(k) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

R/Menghindari terjadinya angka kematian ibu
(Kamariyah, 2014).

3) Avulse tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi

(a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada saat kontraksi.

R/Pastikan terlebih dahulu apakah plasenta sudah terlepas atau belum.

(b) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati.

R/Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

(c) Setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.

(d) R/Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak ada lagi bagian plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam rahim.

(e) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

R/Mencegah terjadinya kematian pada ibu.

(Winkjosastro, 2008)

d) Kala IV

a) Robekan jalan lahir

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria :

(a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik.

(b) Perdarahan kurang dari 500 cc.

Intervensi:

(a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

(b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

(c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

R/Menggantikan cairan yang sudah hilang dari ibu.

(2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

R/Meminimalisir darah yang keluar pervaginam dan mencegah ibu kehilangan banyak darah.

- (3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

R/Ibu dapat pelayanan yang lebih tepat dan cepat dalam menangani masalahnya saat ini.

- (d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

R/Sebagai informan pada tenaga kesehatan menangani ibu saat itu.

(Kamariyah, 2014)

2) Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat diatasi.

Kriteria :

- (a) Kontraksi uterus baik.
- (b) Perdarahan kurang dari 500 cc.

Intervensi

- (a) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

- (b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna. 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.

R/Jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian IV secara cepat dan dapat dipakai untuk transfuse darah (jika perlu). Oksitosin secara IV cepat merangsang kontraksi uterus. RL diberikan untuk restorasi volume cairan yang hilang selama perdarahan.

(c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

R/KBI dengan ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi

(d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfuse darah.

R/Mencegah ibu kehilangan darah lebih dari 500 cc selama persalinan.

(e) Damping ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu mencapai tempat rujukan.

(Winkjosastro, 2008)

Selain intervensi di atas, Nurasiah menambahkan beberapa intervensi sebagai berikut:

(f) Lakukan kompresi bimanual eksterna (KBE) jika dengan KBI perdarahan masih terjadi.

R/KBE merupakan cara kompresi yang dilakukan di antara simfisis dan umbilicus ibu.

(g) Lakukan kompresi aorta abdominalis (KAA) jika KBE dan KBI tidak berhasil menghentikan perdarahan ibu.

R/Meminimalisir terjadinya kematian ibu.

(h) Siapkan rujukan.

R/Perdarahan yang tidak berhenti setelah dilakukan kompresi dapat sangat berbahaya bagi ibu.

(i) Lanjutkan pemberian infuse drip oksitosin minimal 500 cc/IM hingga sampai ke tempat rujukan dan selama perjalanan dapat dilakukan KAA

R/Mengganti cairan tubuh ibu yang hilang akibat perdarahan (Nurasiah, 2012).

F. Implementasi

Menurut Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/8/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif,

dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (imform consent)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang dilakukan

G. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan.Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Wiknjosastro, 2008) tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara

komperhensif, 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.

H. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan salah satu bukti bagi seorang bidan telah melaksanakan pelayanan. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian yang baik dan benar merupakan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan untuk pencatatan asuhan kebidanan yang meliputi:

1. Data subjektif

Merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien. Informasi tersebut dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnose.

2. Data objektif

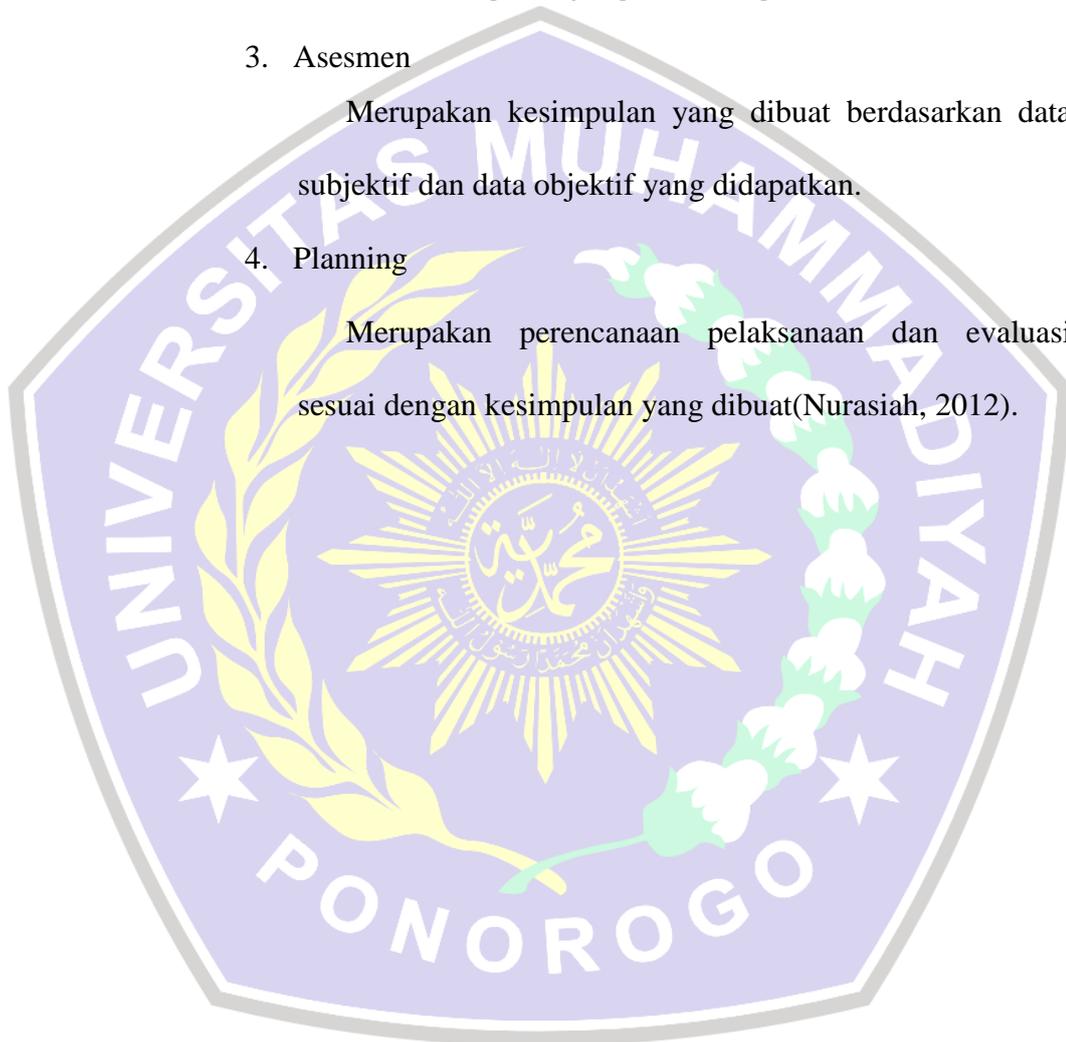
Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada waktu pemeriksaan termasuk juga hasil pemeriksaan laboratorium, USG, dll. Apa yang dapat diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnose yang akan ditegakkan.

3. Asesmen

Merupakan kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan.

4. Planning

Merupakan perencanaan pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan yang dibuat (Nurasiah, 2012).



2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

A. Pengkajian Data

a. Data Subyektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian. Informasi tersebut dapat ditentukan dengan informasi atau komunikasi (Nursalam, 2008).

1) Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarawati, 2010).

b) 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).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien

dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2010).

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012).

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012).

f) Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal (Marmi, 2011).

2) Keluhan utama

Menurut Varney *et al* (2008), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

a) *After pain*

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus,

menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke- 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusu.

Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi tarauomatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

3) Riwayat obstetric

a) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Kehamilan, persalinan dan anak sebelumnya perlu dikaji untuk mengetahui berapa umur kehamilan yang lalu. Persalinan ibu yang lalu dilakukan secara spontan atau buatan, lahir aterm atau premature, ada perdarahan, waktu persalinan ditolong oleh siapa, dan dimana tempat melahirkan. Riwayat anak juga perlu dikaji untuk mengetahui riwayat anak, jenis kelamin, hidup atau mati, kalau meninggal pada usia berapa dan sebab meninggal, berat badan dan panjang badan waktu lahir (Wiknjastro, 2007). Sedangkan masa nifas yang lalu perlu juga dikaji untuk mengetahui untuk dapat melakukan pencegahan atau waspada terhadap kemungkinan kekambuhan komplikasi (Nursalam, 2008). Selain itu, juga perlu mengkaji riwayat laktasi anak untuk mengetahui berapa lama ibu pernah menyusui, adakah keluhan atau tidak saat menyusui (Wiknjastro, 2007).

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir, umur kehamilan, perkiraan lahir, masalah atau kelainan pada kehamilan sekarang, keluhan selama hamil (Prawirohadjo, 2010). Berdasarkan Febriyanti tahun 2013 menjelaskan bahwa selain hal tersebut, ibu hamil juga perlu dikaji jadwal antenatal care (ANC) meliputi teratur/tidak, sejak hamil berapa minggu, tempat ANC, dan untuk mengetahui riwayat kehamilannya serta imunisasi *tetanus toxoid* (TT) sudah/belum, kapan, berapa kali. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Saifuddin, 2010).

Lama kala I pada fase laten biasanya berlangsung hingga di bawah 8 jam dan pada fase

aktif biasanya terjadi pembukaan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm) (Sukarni dkk, 2015). Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Lama kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012).

c) Riwayat Keluarga Berencana

Dikaji untuk mengetahui alat kontrasepsi apa yang pernah dipakai dan berapa lama memakai alat kontrasepsi dan adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi (Ambarwati dkk, 2008).

4) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Data ini diperlukan untuk mengetahui riwayat atau penyakit akut, kronis, seperti: jantung, Asma, DM, hipertensi, TBC yang dapat

mempengaruhi pada masa nifas ini (Ambarwati, 2010).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertai (Ambarwati, 2010).

(1) Anemia pada kehamilan yang tidak ditangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi perineum, pengeluaran ASI berkurang, terjadi deskompensasi kordis me ndadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba,2010).

(2) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba,2010).

(3) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba,2010).

(4) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus siffilitus, adaeskuamasi kulit, telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi (Manuaba,2010).

(5) Pengaruh penyakit jantung pasca persalinan/nifas menurut Manuaba,2012

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi infeksi post partum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

(d) Ibu yang mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser,2009).

5) 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).

b) Eliminasi

Buang air kecil sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena spinter 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).

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). Pakaian agak longgar terutama di daerah 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).

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).

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).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam 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).

7) Riwayat Psikososial dan Budaya

Banyak masyarakat dari berbagai budaya percaya akan hubungan asosiatif antara suatu bahan makanan menurut bentuk dan sifatnya dengan akibat buruk yang ditimbulkannya. Makanan panas diberikan untuk menghilangkan perdarahan setelah melahirkan. Menyusui juga dipengaruhi oleh panas dan dingin, panas dipercayai meningkatkan ASI dan dingin mengurangi (Baumali, 2009).

Selain itu, menurut Saifuddin kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein seperti ikan atau telur.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 pertama).
- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- e) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa

transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusu.

- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur terlentang selama 40 hari.
- g) Kebiasaan membuang susu jolong.
- h) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur(Saifuddin, 2014).

b. Data objektif

1) Pemeriksaan umum

1) Keadaan Umum

Guna mengetahui keadaan umum ibu apakah keadaannya baik atau memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan, lemah atau buruk yaitu kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistiyawati, 2009).

2) Kesadaran

Tingkat kesadaran dari seorang klien bisa dibagi menjadi 4 yaitu *composmenthis*, *somnolen*, *koma* dan *apatis* (Nursalam, 2008).

3) Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan dilakukan untuk mendeteksi secara dini adanya kegawatdaruratan dan untuk memastikan keadaan umum ibu, batas normal

TTV adalah sebagai berikut:

- (1) Tekanan darah (TD): 100/60-140/90 mmHg
- (2) Nadi : Kurang dari 100x/menit
- (3) Suhu : 36–37,5⁰C.
- (4) RR : 18–25x/menit

(Aisyah, 2014).

2) pemeriksaan fisik

(1) Rambut

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

(2) Muka

Dikaji apakah muncul *cloasma gravidarum*, yang biasa muncul pada wanita hamil pada umur

kehamilan 12 minggu karena pengaruh hormone kortikosteroid palsenta (Wiknjosastro, 2007).

(3) Mata

Dikaji untuk mengetahui keadaan *konjungtiva* dan *sclera*, kebersihan mata, ada kelainan atau tidak dan adakah gangguan penglihatan seperti rabun jauh/dekat (Sulistyawati, 2009).

(4) Hidung

Dikaji agar dapat mengetahui terdapat benjolan atau tidak (Alimul, 2008).

(5) Telinga

Kebersihan, gangguan pendengaran (Sulistyawati, 2009).

(6) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romaui, 2011). Selain itu juga perlu dilakukan pengkajian pada gigi, yaitu tentang kebersihan gigi, *caries* atau tidak serta gangguan pada mulut (bau mulut) (Alimul, 2008).

(7) Leher

Dikaji untuk mengetahui apakah terdapat penonjolan terutama pada kelenjar tyroid yang berhubungan dengan kejadian abortus, hipertyroid dapat menyebabkan abortus (Wiknjosastro, 2007).

(8) Payudara

Payudara dikatakan normal jika keadaannya simetris, bersih, terdapat hyperpigmentasi areola mammae, puting susu menonjol. Puting susu yang menonjol mempengaruhi *reflex sucking* yang dilakukan bayi. Hal ini dapat mempengaruhi produksi ASI dan dapat mempengaruhi produksi hormone oksitosin (Aisyah, dkk. 2014).

(9) Abdomen

Pada abdomen yang harus dilakukan adalah pemeriksaan posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemuh (Saifuddin, 2014).

(10) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitatis, dan bau lokia (Varney,dkk.2007). Selain itu, pada genetaliayang harus diperiksa adalah pengeluaran

lochea. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin,2008)

(11) Ekstermitas

Flagmasia alba dolesns yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoraris yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungpembulu darah, suhu tubuh meningkat(Manuaba, 2012).

3) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemerikaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: Tidak amenia jika hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb<7 gr%(Manuaba,2010:239).

4) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut sulistywati(2009) yaitu Pil zat besi 40 tablet harus

diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

B. 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).

C. Perencanaan

- a. Diagnosa: PAPIAH post partum hari ke....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan (Sulistyawati,2009).

Tujuan: Masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria: Keadaan umum : Kesadaran kompesmentis

Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

Tanda-tanda vital

Td : 110/70 mmhg

N : 60-80x/menit

S : 36-37,5 oC

R : 16-24x/menit

b. Laktasi normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, kolostrum merupakan yang amat kaya akan bahan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni,2009).

c. Involusi uterus normal

Tabel 2.14

Involusi Uterus Normal Pada Masa Nifas

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber : Manuaba,2010

d. Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari ghari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam. Lochea sanguinolenta, keluar pada hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. Serosa, keluar pada hari ke 7-14 hari, berwarna

kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba,2010).

KU bayi baik

R : 40-60x/menit

S : 36,5-37,5oC

Invervensi menurut Sofian (2012)

1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea

R/ Menilai status ibu dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi.

2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap zat makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, menyusui bayi setiap 2 jam sekali.

3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis

(Maritalia,2012)

4) Beri konseling ibu tentang KB pasca salin

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar,2012)

5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi,2012)

Masalah :

1) Masalah 1 : Anemia

Tujuan : Kadar Hb ibu meningkat dan anemia dapat diatasi

Kriteria :

- a) Hemoglobin >11,5 gr/dL
- b) Konjunctiva merah muda (tidak pucat)
- c) Ibu tidak memperlihatkan 5 L (lelah, letih, lesu, lunglai dan lemas)

Intervensi

- a) Pemberian tablet Fe 40 keping selama 40 hari pertama.

R/Pemberian tablet Fe membantu ibu menambahkan kadar zat besi dalam darah, konsumsi tablet Fe dapat menyebabkan ibu mengalami konstipasi (CR, dkk. 2014).

- b) Melakukan pengkajian kadar Hb ibu setiap hari.

R/Pengkajian secara bertahap dapat mengidentifikasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan sebelumnya.

- c) Melakukan rehidrasi cairan dengan pemenuhan kebutuhan cairan dengan infuse.

R/Pencegahan dehidrasi akibat kelelahan dan mengganti cairan ibu yang hilang.

- d) Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup.

R/Istirahat yang cukup dapat membantu ibu dalam pengembalian kondisinya.

- e) Pemenuhan kebutuhan nutrisi akan ibu tidak tarak makanan.

R/Ibu dianjurkan untuk mengonsumsi telur dan ikan. Selain itu anjurkan juga ibu mengonsumsi sayuran hijau seperti bayam. Anjurkan ibu mencuci sayuran terlebih dahulu sebelum dipotong-potong dan usahakan tidak memotongnya terlalu kecil karena akan dapat mengurangi kadar nutrisi yang terdapat di dalamnya (Fatmawati, 2015).

- 2) Masalah 2 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAK (retensio urin)

Intervensi :

- (a) Jelaskan tentang pentingnya BAK dalam masa nifas

R/ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

- (b) Anjurkan kepada ibu untuk banyak minum air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter air putih

R/air putih berfungsi sebagai memperlancar kinerja sistem urinaria

- (c) Anjurkan kepada ibu untuk tidak menahan BAK jika ada dorongan untuk BAK

R/ menahan BAK dapat memperparah retensi urine

3) Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Masalah konstipasi teratasi

Kriteria : ibu bisa BAB dengan lancar

Intervensi :

- (a) Jelaskan pentingnya BAB setelah pasca persalinan

R/ pasien tidak akan menahan BAB jika ada dorongan untuk BAB

- (b) Yakinkan kepada pasien jika berjongkok dan mengejan tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jaitan

R/ menghilangkan rasa takut/ cemas kepada pasien untuk melakukan BAB

- (c) Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran dan makanan yang banyak mengandung serat

R/ Membantu memperlancar BAB (Sulistyawati, 2010).

4) Masalah 4 : Nyeri pada luka jaitan perinium

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas.

Intervensi

(a) Observasi luka jaitan perinium

R/ Untuk mengkaji jaitan perineum dan adanya infeksi

(b) Anjurkan kepada ibu untuk melakukan perawatan perineum yang benar

R/ ibu dapat melakukan perawatan perineum dengan benar, dan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

(c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan dapat berkurang

(Sulistyawati, 2010).

5) Masalah 5 : *Baby Blues*

Tujuan : Baby blues teratasi dengan baik

Kriteria : Ibu dapat menerima keadaan bayinya dan tidak merasa sedih lagi.

Intervensi

- a) Anjurkan kerabat dekat (sahabat) untuk membicarakan rasa tertekan.

R/Dengan adanya pendengar ibu dapat menceritakan apa saja yang dialaminya saat itu.

- b) Anjurkan pasangan untuk meluangkan waktu bicara.

R/Pasangan mengetahui keadaan ibu dan tahu apa yang seharusnya dilakukan.

- c) Anjurkan ibu untuk membiarkan teman dan keluarga membantu merawat anak.

R/Terlibatnya anggota keluarga diharapkan dapat membantu lebih dekatnya anggota keluarga dengan di bayi.

- d) Beritahu ibu untuk mencari waktu untuk melakukan hobinya.

R/Ibu dapat mengekspresikan dirinya dengan leluasa sehingga berkurang rasa tertekan yang dirasakan ibu.

- e) Beritahu ibu untuk istirahat yang cukup.

R/Istirahat yang cukup dapat membantu mempercepat pemulihan pasca partum.

- f) Beritahu ibu untuk menggerakkan badan, jalan kaki keliling sekitar rumah.

R/Mobilisasi secara berkala dapat merilekskan kembali otot ibu.

- g) Beritahu ibu untuk tetap mengonsumsi makanan gizi seimbang.

R/Pemenuhan kebutuhan nutrisi selama masa nifas dapat membantu ibu mempercepat pemulihan.

(Ratnasari, 2016)

6) Masalah 6 : Infeksi Masa Nifas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan, diharapkan tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

Kriteria :

- a) Tidak terjadi infeksi.
- b) Tidak ada tanda-tanda infeksi.
- c) TTV dalam batas normal.
- d) Leukosit dalam batas normal ($5-10 \times 10^3$ UI)

Intervensi

- a) Observasi tanda-tanda infeksi.

R/Untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi.

- b) Lakukan vulva hygiene.

R/Untuk membersihkan daerah vagina

- c) Ajarkan pasien untuk personal hygiene.

R/Agar terhindar dari infeksi dan tetap menjaga kebersihan.

d) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antibiotic

R/Untuk mencegah terjadinya infeksi.

(Wilkinson, 2006 dalam Nammu, 2014)

7) Masalah 7 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu dapat berkurang sehingga ibu dapat beraktivitas

Intervensi:

(a) Anjurkan kepada ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh agar tidak terasa nyeri

R/ Kandung kemih yang penuh mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak optimal dan berdampak pada kram perut

(b) Anjurkan ibu untuk tidur secara telungkup bantal dibawah perut

R/ Posisi ini bertujuan untuk menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan rasa nyeri

(c) Jika perlu berikan analgesik (paracetamol, asam ,efenamat, kodein, atau asetaminofen)

R/ M eningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang (Suherni,2009).

8) Masalah 8 : Kurangnya perawatan diri

Tujuan : Tidak terjadi infeksi ,Ibu mampu melakukan perawatan diri selama nifas secara mandiri.

Kriteria : Ibu tampak lebih nyaman dan segar

Intervensi menurut Purwanti (2013), antara lain :

(a) Anjurkan ibu untuk mandi sehari 2 kali sehari

R/ ibu dapat menjaga cara kebersihan diri sendiri

(b) Berikan penjelasan tentang pentingnya perawatan diri

R/ ibu dapat mengerti bagaimana cara perawatan diri selama nifas

(c) Ajarkan ibu *vulva hygiene* yang benar

R/ dapat mencegah masuknya bibit prnyakit yang masuk melalui vagina

(d) Jika ada tanda- tanda infeksi segera datang ke petugas

Puskesmas

R/ Dapat mencegah komplikai berkanjut.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efesien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, *preventif*, *kuratif*,

dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-
psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan
persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform
consent*)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan
evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien
- e. Menjaga privacy klien
- f. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk
memulihkan tenaganya
- g. Menjelaskan kepada ibu akibat kurang istirahat dan
menguurangi ASI dan memperbanyak perdarahan yang
dapat menyebabkan depresi serta ketidak mampuan
untuk merawat bayi dan dirinya sendiri
- h. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap
- i. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihannya
- j. Memberikan konseling tentang perawatan payudara
- k. Memberitahu ibu untuk makan yang banyak gizi
- l. Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah
perdarahan dan memperlancar ASI

- m. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
 - n. Melakukan tindakan sesuai standar
 - o. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
- (Marmi,2010)

E. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses asuhan yang diberikan, menandakan seberapa jauh rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai (Nursalam, 2008). Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun,2010).

F. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan salah satu bukti bagi seorang bidan telah melaksanakan pelayanan. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, jelas, singkat, logis dalam suatu metode pendokumentasian. Pendokumentasian yang baik dan benar merupakan upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Metode yang digunakan untuk pencatatan asuhan kebidanan yang meliputi:

1) Data subjektif

Merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien. Informasi tersebut dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnose.

2) Data objektif

Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada waktu pemeriksaan termasuk juga hasil pemeriksaan laboratorium, USG, dll. Apa yang dapat diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnose yang akan ditegakkan.

3) Asesmen

Merupakan kesimpulan yang dibuat berdasarkan data subjektif dan data objektif yang didapatkan.

4) Planning

Merupakan perencanaan pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan kesimpulan yang dibuat.

(Nurasiah, 2012)

Menurut Permenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Praktik Kebidanan, asuhan kebidanan didokumentasikan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan kebidanan meliputi:

- a) Dokumentasi dilaksanakan pada setiap tahapan asuhan kebidanan.

- b) Dokumentasi dilaksanakan secara sistematis, tepat, dan jelas.
- c) Dokumentasi merupakan bukti legal dari pelaksanaan asuhan kebidanan.



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

5. Pengkajian

Pengkajian fisik adalah suatu cara untuk mendapatkan informasi tentang anak dan keluarganya dengan menggunakan semua pancaindra baik subjektif maupun objektif (Kumalasari, 2015).

A. Data Subyektif

1) Identitas bayi dan orangtua

Sebuah alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan. Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum : nama (Bayi, Nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu (Saifuddin, 2009).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik. Terjadi seborrhea, miliariasis , muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012).

3) Riwayat Kesehatan Bayi Baru Lahir

Yang penting dan perlu dikaji dalam riwayat kesehatan bayi baru lahir adalah:

a) Faktor Genetik

Meliputi riwayat defek structural metabolik dalam keluarga dan riwayat sindrom genetik (Varney *et al*, 2007)

b) Faktor maternal

Meliputi adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/isomunisasi (Muslihatun, 2010)

c) Faktor Perinatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney *et al*, 2007).

d) Faktor Natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran

harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, 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, 2007).

e) Faktor neonatus

Bidan harus meninjau catatan perawat atau asisten kelahiran tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir setelah kelahiran antara lain mengisap, kemampuan untuk makan, kesadaran berkemih dan mengeluarkan mekonium (Varney *et al*, 2007)

4) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan.

Taksirankebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2. sebagai berikut:

Tabel 2.15

Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kag/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke->10	150-200 ml	>120 kal

Saifuddin, Abdul bari, 2009

b) Eliminasi

(1) BAK

Bayi baru lahir harus sudah BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan BAK sebanyak 6-8 kali/jam. Volume urin bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari pada akhir minggu pertama.

Warna urin keruh/merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat (Muslihatun, 2010)

(2) BAB

Warna mekoneum adalah hijau kehitam-hitaman, lembut. Mekoneum ini keluar pertama kali dalam 24 jam setelah lahir. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Warna faeses bayi berubah menjadi kuning pada saat bayi berumur 4-5 hari (Muslihatun, 2010).

c) Pola aktivitas dan tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu di antara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011).

d) Personal hygiene

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009).

e) Psikososial

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

(Saifuddin, 2009).Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser dan Cooper, 2009).

f) **Aktivitas**

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009).

B. Data obyektif

1) **Pemeriksaan umum**

a) **Keadaan umum**

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C (Wiknjosastro, 2005:256).Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2011).

Composmentis (sadar penuh dan respon cukup terhadap stimulus yang diberikan), *apatis* (acuh tak acuh terhadap sekitar), *somnolen* (kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsive terhadap rangsangan ringan dan masih memberi respon pada rangsangan yang kuat), *sopor* (anak tidak memberikan respon ringan maupun rangsangan yang kuat), *koma* (anak tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun), *delirium* (tingkat kesadaran paling bawah) (Muslihatun, 2010).

b) Tanda-tanda vital

(1) Pernafasan

Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010).

Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010).

Menghitung respirasi selama satu menit penuh sambil mengamati gerakan perut dan dada. Tingkat normal untuk respirasi adalah 40-60 napas / menit (CMNRP, 2013).

(2) Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal $36,5^{\circ}\text{C}$ sampai $37,5^{\circ}\text{C}$ (Muslihatun, 2010). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang $36-36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney, 2008:882).

(3) Denyut jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010). Bila > 160 kali per menit (trakikardia) merupakan tanda tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila < 100 kali per menit (brakikardia) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur, atau kekurangan O_2 (Kumalasari, 2015).

c) APGAR SCORE

Tabel 2.16

Penilaian APGAR Score

Gejala	0	1	2
Appearance (Warna Kulit)	Seluruh badan biru	Ekstremitas biru	Seluruh badan merah muda
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Grimace (Refleks)	Tidak merespon stimulasi	Merintih/ menangis lemah	Menangis kuat
Activity (Tonus Otot)	Tidak ada)	Lemah/ tidak ada	Aktif
Respiration (Pernafasan)	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Menangis kuat, pernafasan teratur

Sumber : (Astuti, Nur Tri 2015)

d) 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 terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidankemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

(2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014:214).

(3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang menurut Manuaba (2010) ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

(a) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm

(b) Diameter oksipito-frontalis : 11 cm

(c) Diameter 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

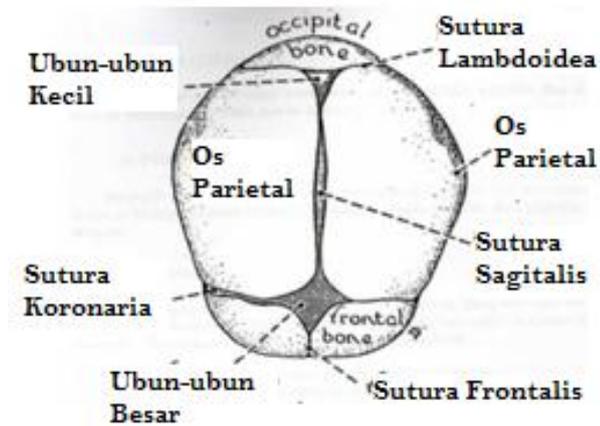
(b) Diameter bitemporalis : 8-10 cm

(c) Cirkumferensial fronto oksipitalis : \pm 34 cm

(d) Cirkumferensial mento oksipitalis : \pm 35 cm

(e) Cirkumferensial sub oksipito bregmatika : \pm

232 cm



rahmawatifattah.blogspot.com

Gambar : 2.31

Ubun-ubun sutura dan diameter kepala bayi yang cukup bulan

Sumber : Manuaba: 2010

(4) Lingkar dada 30-38 cm

(5) Lingkar lengan 11-12 cm

(Vivian, 2010).

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrosefalus, rambut meliputi : jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010).

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, 2012).

(2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom Down dan sindrom Piere-Robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma jalan lahir seperti laserasi, paresis nervus fasialis (Kumalasari, 2015).

(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, 2012).

(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, 2012).

(5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2007). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan

tanda adanya *oral trush* (Marmi, 2012).Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2006). Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. (Fraser dan Cooper, 2009).

(6) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada bayi yang mengalami sindroma tertentu (Piere-Robin). (Kumalasari, 2015).

(7) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012).

(8) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhannya terutama pada bayi baru lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa adanya fraktur (Kumalasari, 2015).

(9) Tangan

Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah, kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya kerusakan neurologis atau fraktur. Periksa jumlah jari perhatikan adanya *polidaktili* atau *sindaktili* (Kumalasari, 2015).

(10) Kulit dan kuku

Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/ tanda mongol, selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya (Muslihatun, 2010).

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).

(11) 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).

(12) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis. Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012).

(13) Punggung

Adakah benjolan/tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009).

(14) 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, 2012)

(b) Laki-laki

Pada 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, 2012)

(15) Anus

Berlubang/tidak , posisi , fungsi sfingter ani adanya atresia ani, *meconium plug syndrome*, megacolon (Muslihatun, 2010). Periksa adanya kelainan arteris ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 ja pertama, jika sampai 48

jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012)

(16) Ekstermitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktil adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktil 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).

(17) Pemeriksaan neurologis

(a) Reflek 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, 2012)

(b) Reflek menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Winjosastro, 2008)

(c) Reflek berkedip (glabella reflex)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012)

(d) Reflek menghisap (sucking reflex)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu (Marmi, 2012)

(e) Reflek mencari (rooting reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012)

(f) Reflek menggenggam (grasping reflex)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012)

(g) Reflek terkejut (Morro reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusat (Marmi, 2012)

(h) Reflek babinsky

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Indrayani, 2013).

(i) Reflek menoleh (tonikneck reflek)

Ektremitas pada suatu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ektremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat. Respon ini

dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012).

(j) Refleks ektruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium menurut Muslihatun (2010)

(1) Nilai laboratorium darah neonatus normal

Hemoglobin 14–22 g/dl (kadar Hb-F tinggi, menurun dengan pertambahan usia), hematokrit 43–63%, eritrosit 4,2–6 juta/mm³, retikulosit 3–7 %, leukosit 5000–30.000/mm³, jika ada infeksi </mm³, trombosit : 150.000–350.000/mm³, volume darah 85 cc/kgBB

(2) Nilai laboratorium cairan otak neonatus normal

Warna 90–94% xantochrome (kekuning-kuningan jernih), Nonne/pandy (+) usia diatas 3 bulan harus sudah negative, protein 200–220 mg/dl, glukosa 70–80 mg/gl, eritrosit 1000–2000/LPB, leukosit 10–20/LPB menunjukkan

fungsi BBB(blood-brain barrier) masih belum sempurna.

C. 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 :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa kebidanan: Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012).

D. Perencanaan

- 1) Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik

Tujuan :

Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi

Kriteria :

(1) Keadaan umum baik

(2) TTV normal menurut Kumalasari (2015) adalah:

S : 36,5-37,2 °C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

(3) Bayi menyusu kuat

(4) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi adalah:

(1) Keringkan dan dibungkus dengan kain kering

R/ untuk mencegah terjadinya hipotermia (Dewi, 2011)

(2) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ perawatan tali pusat yang benar dan lepasnya tali pusat dalam minggu pertama secara bermakna mengurangi insiden infeksi pada neonatus

(Prawirohardjo, 2014)

(3) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- (4) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney *et al*, 2007).

- (5) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008).

- (6) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36,5-37,5 °C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi (Indrayani, 2013).

Masalah- masalah

- a) Masalah 1 :Hipertermi

Tujuan : Hipertemi tidak terjadi

Kriteria

TTV normal

S : 36,5-37,5⁰C

RR : Tidak lebih dari 60x/menit

Tidak ada tanda-tanda dehidrasi yaitu berat badan menurun, turgor kulit kurang, keluaran urin berkurang.

(Deslidel, 2011)

Intervensi

- (1) Pindahkan bayi ke ruangan yang sejuk dengan suhu kamar 26-28⁰C.

R/Paparan udara yang sejuk di sekitar bayi dapat menurunkan suhu tubuh bayi akibat proses konveksi.

- (2) Tubuh bayi diseka dengan kain basah sampai suhu tubuh bayi normal (jangan menggunakan air es).

R/Suhu tubuh bayi mengalami penurunan akibat adanya proses radiasi.

- (3) Berikan antibiotic apabila terjadi infeksi.

R/Antibiotik dapat mencegah terjadinya infeksi yang dapat menyebabkan kematian pada bayi.(Saifuddin, 2009)

b) Masalah 2 : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

- (1) Suhu normal bayi 36,5 - 37, 5⁰C
- (2) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh bayi teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema

Intervensi (Saifuddin, 2009):

- (1) Hangatkan bayi di dalam incubator atau melalui penyinaran lampu atau menggunakan metode kanguru (bayi diletakkan telungkup didada ibu)

R/ bayi yang mengalami hipotermi mudah sekali meninggal sehingga harus menghangatkan bayi di dalam incubator atau penyinaran lampu. Metode kanguru (bayi diletakkan telungkup didada ibu) agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi untuk menjaga agar bayi tetap hangat (Saifuddin, 2009).

- (2) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian

(3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

c) Masalah 3 : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

(1) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL

(2) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine (Marmi 2012).

Intervensi menurut Marmi (2012) antara lain:

(1) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

(2) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada

ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(3) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensefalopati bilirubin (kern ikterus).

(4) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

d) Masalah 4 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi:

- (1) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- (2) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

- (3) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

- (4) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut

- (5) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat (Marmi, 2012).

e) Masalah 5: Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria :

- (1) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala
- (2) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- (2) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- (3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

- (4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

- f) Masalah 6: Muntah dan gumoh

Tujuan :Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria :

- (1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
- (2) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (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

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Muslihatun (2010) :

- (1) Bersihkan mulut bayi dengan ujung jari ibu yang dibungkus dengan kain bersih dan telah dicelupkan dengan air hangat bergaram.

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush (Marmi, 2012).

- (2) Olesi bercak *trush* dalam mulut bayi dengan larutan nistalin oral atau Gentian Violet 0,25-0,5% sampai empat kali sehari.

- (3) Anjurkan ibu untuk mengolesi payudaranya dengan krim nistalin atau larutan Gentian Violet 0,5% setiap kali setelah menyusui selama bayi diobati.

R/ untuk menghilangkan jamur *candida albicans* sehingga mencegah timbulnya oral thrush.

h) Masalah 8 : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

- (2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering.

Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- (3) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah 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.

i) Masalah 9 : hipoglikemi

Tujuan : hiplokemi dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Kadar gula dalam darah ≥ 45 mg/Dl
- 2) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah, dan hipotermi (Ladewig, 2006).

Intervensi :

- 1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/R/Bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, setres 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 energy bayi.

E. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007).

F. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010).

G. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.



2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

A. Pengkajian Data

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Dengan kriteria:

Data tepat, akurat dan lengkap

Terdiri dari Data Subjektif (hasil Anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)

Data Objektif (hasil Pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

a. Data subyektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2010).

b) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-

35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2010).

d) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Glasier, 2008).

e) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Glasier, 2008).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut Saifuddin (2010) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi. (Affandi, 2012).

3) Riwayat kesehatan

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2013).

- b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Saifuddin, 2010).

- c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013).

- d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan

kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014).

e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2013).

4) Riwayat kebidanan

a) Haid

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012:MK-4). Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat

dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi,2012:MK-68).Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu.Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertiltasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi.2012:U-52).Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi,2012:MK-52).Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi:MK-83).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

c) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:MK-42).

d) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:MK-35).

6) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015). Ibu yang menggunakan obat

tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

b. Data Subyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2010). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

2) Pemeriksaan antropometri

(1) Berat badan

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2015).

3) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010).

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2010).

c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015). Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010).

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015).

Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010).

f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk

penapisan, sebagaimana diuraikan oleh Siswihanto (2004) sebagai berikut :

(1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

(2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

- (a) Memastikan gerakan serviks bebas
- (b) Menentukan besar dan posisi uterus
- (c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- (d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

B. Diagnosa kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan

Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan

- b. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa baik.

C. Perencanaan

Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

a. Tujuan

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

b. Kriteria

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.

- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- (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 diinginkan

- (4) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- (5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

(6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

(7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Kemungkinan masalah

a. Masalah 1 : *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

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*.

(b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

c. Masalah 3 : Pusing

Tujuan : pusing dapat teratasi

Kriteria : mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Mochtar (2008) :

1) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

d. Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-79) :

- 1) Pastikan dan tegaskan tidak 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) Lepasakan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

D. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010)

E. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.