

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR/TEORI

2.1.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Di hitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester 1 berlangsung dalam 12 minggu, trimester 2 berlangsung dalam 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40). (Prawirohardjo,2014;214)

Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan terdiri dari ovulasi , migrasi, spermatozoa dan ovum. Kosepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.(Manuaba , 2010; h. 75)

B. Tanda Dan Gejala Kehamilan

a) Tanda Tidak Pasti (Presumtif)

(a) Amenorhea (Terlambat datang bulan)

(b) Mual dan muntah

(c) Mastodinía

(d) Quíckening

(e) Gangguan kencing

(f) Konstipasi

(g) Perubahan berat badan

(h) Perubahan warna kulit

(i) Perubahan payudara

(j) Mengidam (ingin makanan khusus)

(k) Pingsan

(l) Lelah (fatigue)

(m) Varises

(n) Konstipasi atau obstipasi

(o) Epulís.

b) Tanda-tanda Kemungkinan Kehamilan (Dugaan hamil)

(a) Perubahan pada uterus

(b) Tanda piskacek's , uterus membesar kesalah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran tertentu

(c) Suhu basal

(d) Perubahan-perubahan pada serviks

c) Tanda Pasti Kehamilan

(a) Denyut jantung janin (DJJ)

(b) Gerakan janin dalam rahim

(c) Tanda Braxton-Hicks. (Romauli 2011:91-97)

C. Fisiologi Kehamilan

1. Ovum (sel telur)

Pertumbuhan embrional oogonium yang kelak menjadi ovum terbaik di genital ridge. Urutan pertumbuhan ovum (oogenesis) adalah:

- a) Oogonia
- b) Oosit pertama
- c) Primary ovarian follicle
- d) Liquar folliculi
- e) Pematangan pertama ovum dan
- f) Pematangan kedua ovum pada saat sperma membuahi ovum

2. Spermatozoa (sel mani)

Sperma bentuknya seperti kecebong terdiri atas empat bagian, yaitu kepala yang berisi inti (nucleus), leher, bagian tengah, dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat, urutan pertumbuhan sperma, spermatogonium membelah dan spermatosit pertama

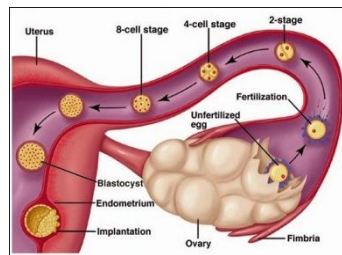
membelah dua, spermatosit kedua membelah dua, dan spermatid tumbuh menjadi spermatozoon.

3. Pembuahan (konsepsi/ fertilisasi)

Pembuahan adalah suatu peristiwa persatuan sel mani dan sel telur di tuba fallopi. Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapabilitas dapat melintasi zona pellusida masuk ke villetus ovum. Setelah itu, zona pellusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui sperma lain. Persatuan ini dalam prosesnya diikuti oleh persatuan pronuklei, keduanya disebut zygot yang terdiri atas acuan genetik dari wanita dan pria.

4. Nidasi (implantasi)

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh simpai yang disebut trofoblas, yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada pada masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua, yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen serta mudah dihancurkan oleh trofoblas.



Gambar 2.1
Nidasi atau implantasi
sumber: Manuaba,2010;115

5. Plasenta

Pertumbuhan dan perkembangan desidua terjadi konsepsi karena pengaruh hormone terus tumbuh sehingga makin lama makin tebal.(Yanti 2017)

D. Pertumbuhan Dan Perkembangan Embrio

1. Embrio Usia 2-4 minggu

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

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

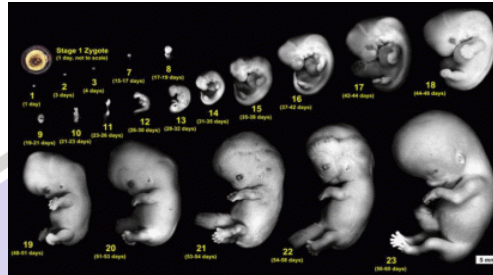
2. Embrio Usia 4-6 minggu

a. Sudah terbentuk bakal organ-organ

- b. Jantung sudah berdenyut.
 - c. Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG
 - d. Panjang embrio 0,64cm
3. Embrio usia 8 minggu
- a. Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki.
 - b. Pembentukan usus.
 - c. Pembentukan genetalia dan anus
 - d. Jantung mulai memompa darah
4. Embrio usia 12 minggu
- a. Embrio berubah menjadi janin
 - b. Usus lengkap
 - c. Genetalia dan anus sudah terbentuk Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut membuka.
 - d. BB 15-30 gram.
5. Embrio usia 16 minggu
- a. Gerakan fetal pertama (quickening)
 - b. Sudah mulai ada mekonium dan verniks caseosa.
 - c. Sistem muskuloskeletal sudah matang
 - d. Sistem saraf mulai melaksanakan kontrol.
 - e. Pembuluh darah berkembang cepat.
 - f. Tangan janin dapat menggengam

- g. Kaki menendang dengan aktif.
 - h. Semua organ mulai matang.
 - i. Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar dengan doppler.
 - j. Berat janin 0,2 kg
6. Embrio usia 24 minggu
- a. Kerangka berkembang dengan cepat karena aktifitas pembentukan tulang meningkat.
 - b. Perkembangan pernapasan dimulai.
 - c. Berat janin 0,7-0,8 kg.
7. Janin usia 28 minggu
- a. Janin dapat bernapas, menelan, dan mengatur suhu.
 - b. Mata mulai membuka dan menutup.
 - c. Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru.
 - d. Ukuran janin $\frac{2}{3}$ saat lahir.
8. Janin usia 32 minggu
- a. Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor.
 - b. Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir.
 - c. Bayi sudah tumbuh 38-43cm.
9. Janin usia 36 minggu
- a. Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak.

- b. Antibodi ibu ditransfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri.(Sulistiyawati, 2009:83).



Gambar 2.2
Pertumbuhan Embrio
Sumber :Sulistiyawati,2009;85

E. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Perubahan yang terjadi pada ibu hamil antara lain:

1. Uterus

a. Ukuran

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik menjadi desidua ukuran pada kehamilan cukup bulan 30 x 25 x 20 cm dengan capital lebih dari 4000 cc.

b. Berat

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu)

c. Bentuk dan konsistensi

Pada bulan-bulan pertama kehamilan bentuk rahim seperti buah alpukat. Pada kehamilan empat bulan berbentuk bulat dan akhir kehamilan bujur telur. Rahim yang kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan dua bulan sebesar telur bebek dan kehamilan tiga bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih lunak (soft) disebut tanda hegar. Pada kehamilan lima bulan, rahim teraba seperti cairan ketuban, dinding rahim teraba tipis, karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.

d. Posisi rahim

- 1) Pada permulaan kehamilan, dalam letak anteflexi atau retroflexi.
- 2) Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis.
- 3) Setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati
- 4) Rahim yang hamil biasanya mobilitasnya, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri

e. Vaskularisasi

Aa uterine atau aa. Ovarika bertambah dalam diameter panjang dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik (vena) mengembang dan bertambah.

f. Gambaran besarnya rahim dan tuanya kehamilan

1) Pada kehamilan 16 minggu. Kavum uteri seluruhnya diisi oleh amnion dimana desidua kapsularis dan desidua vera (paritalis) telah menjadi satu. Tinggi fundus uteri terletak antara pertengahan simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.

2) Pada kehamilan 20 minggu, fundus uteri terletak 2-3 jari dibawah pusat

3) Pada kehamilan 24 minggu, tinggi fundus uteri terletak setinggi pusat

4) Pada kehamilan 28 minggu tinggi fundus uteri terletak 2-3 jari di atas pusat. Menurut Spiegelberg dengan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis adalah 26,7 cm di atas simfisis.

5) Pada kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri terletak sama dengan usia 8 bulan tapi melebar kesamping yaitu terletak pertengahan pusat dan processus xiphoideus.

(Visi,dkk,2018:43)

2. Serviks uteri

Bertambah vaskularisannya dan menjadi lunak disebut tanda Goodle. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus, Karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livide disebut tanda Chadwick. (Visi,dkk,2018:43)

3. Ovarium

Ovulasi terhenti. Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesterone (kira-kira pada kehamilan 16 minggu dan korpus loteum graviditas berdiameter kurang lebih 3 cm). kadar rlaxin di sirkulasi relaxin mempunyai opengaruh menenangkan hingga pwtumbuhan janin menjadi baik hingga aterm. (Visi,dkk,2018:44)

4. Vagina dan vulva

Terjadi perubahan karena pengaruh progesterone akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina atau portio serviks disebut tanda Chadwick. (Visi,dkk,2018:44)

5. Dinding perut (abdominal well)

Pembesaran rahim menimbulkan perengangan dan menyebabkan robeknya serabut elastic dibawah kulit sehingga timbul strie

gravidarum. Kulit pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra. (Visi,dkk,2018:45)

6. Mammae

Perkembangan payudara ini karena pengaruh hormone saat kehamilan yaitu estrogen, progesterone dan somatomamo-tropin.

a) Fungsi hormone yang mempersiapkan payudara untuk pemberia asi, antara lain:

1) Estrogen, berfungsi

- a. Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara
- b. Menimbulkan penimpunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin besar
- c. Tekanan saraf-saraf akibat penimbunana lemak, air dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara

2) Progesterone, berfungsi:

- a. Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi
- b. Menambahkan sel asinus

3) Somatomotropin, berfungsi :

- a. Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktal bunmil dan laktoglobulin.
- b. Penimbunan lemak sekitar alveolus payudara

4) Perubahan payudara pada ibu hamil

- a. Payudara menjadi lebih besar

- b. Areola payudara makin hitam karena hiperpigmentasi
 - c. Glandolamgomery makin tampak menonjol dipermukaan areola mammae
 - d. Pada kehamilan 12 minggu ke atas dari puting susu keluar cairan putih jernih (kolostrom) yang berasal dari kelenjar asinus yang mulai bereaksi
 - e. Pengeluaran asi belum berjalan oleh karea prolaktin ini ditekan oleh PIH atau prolaktine inhibiting hormone.
 - f. Setelah persalinan dengan dilahirkannya plasenta pengaruh estrogen, progesterone dan somotomamotropirn hipotalamus hilang sehingga proilaktin dapat dikeluarkan dar laktasi terjadi.
- (Visi,dkk,2018:46-48)

7. Sirkulasi darah

a. Volume darah

Volume dan darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak kira - kira 25 % dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti curah jantung (kardiacoutput) yang meningkat sebanyak kurang lebih 30 % .

b. Nadi dan tekanan darah

Tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester ke-2 dan naik lagi seperti pada prahamil. Tekanan vena pada batas-batas normal. Paa ektermotas atas dan bawah cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik, nilai rata-ratanya 24 x/ menit

c. Jantung

Pompa jantung mulai naik kira - kira 30 % . Setelah kehamilan 3 bulan dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan.

d. Sistem respirasi

Wanita hamil sering mengeluh sesak dan pendek nafas hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit slema hamil. Seorang wanita hamil selalau bernafas dada (toracik breting) (Visi,dkk,2018:49)

e. Saluran pencernaan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan eneg (nausea). Mungkin ini akibat kadar hormone estrogen yang meningkat. Tonus otot- otot traktus disgetifuys menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestifus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di dalam lambung dan yang telah

dicernakan lebih lama berada dalam usus-usus.
(Visi,dkk,2018:49)

f. Traktus urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandungan kencing tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga timbul seringn kencing. (Visi,dkk,2018:50)

g. Kulit

Pada kulit terdapat distosit pigmen dan hiper pigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh pengaruh melano phore stimulating hormone (MSH) yang meningkat.
(Visi,dkk,2018:50)

h. System endokrin

Beberapa kelenjar endokrin terjadi perubahan seperti :

- a) Kelenjar timit: dapat membesar sedikit.
- b) Kelenjar hipofise: dapat membesar terutama lobus anterior
- c) Kelenjar adrena (tidak begitu terpengaruh)

(Visi,dkk,2018:51)

i. Metabolisme

Umumnya kehamilan mempunyai efek metabolisme, karena itu wanita hamil mendapat makanan yang bergizi dalam kondisi efek pada sehat.

- a) Berat badan wanita hamil akan naik 6,5 sampai 16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil preeklamsi dan eklamsi.
- b) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori yang dibutuhkan untuk ini terutama diperoleh dari pembakaran zat arang khususnya sesudah kehamilan 5 bulan keatas
- c) Wanita hamil memerlukan makanan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein, di Indonesia masih banyak dijumpai penderita defisiensi zat besi dan vit B, oleh karena itu wanita hamil harus diberikan Fe dan roboransia yang berisi mineral dan vitamin.
- j. Sistem muskulus skeletal. Pengaruh dari peningkatan estrogen, progesterone dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat dan ketidakseimbangan persendian akibat dari perubahan fisik selama kehamilan adalah:
 - a) Peregangan otot-otot
 - b) Pelunakan ligament-ligamen (Visi,dkk,2018:52-55)
- k. Indeks Massa Tubuh (IMT) dan berat badan

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan 4kg pada kehamilan TM I, 0,5kg/minggu pada kehamilan TM

II dan TM III. Totalnya sekitar 15-16 kg selama kehamilan (Sulistiyawati, 2012:69). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1.57 meter. Maka IMT-nya adalah $51 / (1,57)^2 = 20,7$ (Megasari dkk, 2015: 65). Nilai IMT mempunyai rentang dalam tabel berikut:

Tabel 2.1
Indeks Massa Tubuh (IMT)

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan BB tingkat berat	<17,0
	Kekurangan BB tingkat ringan	17,0 - 18,4
Normal		18,5 - 25,0
Gemuk	Kelebihan BB tingkat ringan	25,1 - 27,0
	Kelebihan BB tingkat berat	>27,0

Sumber: <http://terasolahraga.com/indeks-massa-tubuh-imt-suatu-cara-untuk-mengetahui-berat-badan-ideal-dan-status-gizi>

F. Komplikasi Kehamilan

1. Komplikasi Kehamilan Muda

a. Hiperemesis Gravidarum

“*morning sickness*” dengan muntah terus menerus, makan kurang dapat menyebabkan gangguan suasana kehidupan

sehari-hari, dalam situasi demikian disebut hiperemesis gravidarum.

b. Keguguran kandungan

Keguguran adalah terhentinya kehamilan sebelum janin mampu hidup di luar kandungan pada umur kurang dari 28 mgg.

Beberapa factor yang dapat menyebabkan keguguran sebagai berikut:

- a) Faktor telur atau ovum yang kurang baik
 - b) Faktor spermatozoa yang kurang sempurna
 - c) Ketidaksuburan lapisan rahim (endometrium) yang disebabkan oleh kurangnya gizi, kehamilan dengan jarak pendek.
 - d) Faktor penyakit sistemik pada ibu seperti penyakit jantung, paru ginjal, tekanan darah tinggi, hati dan penyakit kelenjar dengan gangguan hormone pada ibu.
- c. Kehamilan dengan degenerasi penyakit trofoblas

Kehamilan penyakit trofoblas adalah penyimpangan kehamilan yang terjadi degenerasi hidrofik dari jonjot Korean, sehingga berupa buah anggur, dengan mengandung banyak cairan dan hormon. Pada kehamilan penyakit trofoblas terjadi pembesaran perut yang lebih cepat, tanpa terdapat janin dalam rahim, serta dapat terjadi perdarahan.

d. Kehamilan di luar kandungan (kehamilan ektopik)

Salah satu fungsi saluran telur untuk membesarkan hasil konsepsi atau zigot sebelum turun dalam rahim. Tetapi oleh karena beberapa sebab, dapat terjadi gangguan dari perjalanan hasil konsepsi dan tersangkut serta tumbuh dalam saluran telur atau di sebut dengan tuba fallopi

2. Komplikasi kehamilan trimester ketiga

a. Persalinan prematuritas

Persalinan prematuritas (premature) dimaksudkan dengan persalinan yang terjadi diantara umur kehamilan 29-6 mgg, dengan berat badan lahir kurang dari 2,5 kg.

b. Kehamilan ganda atau kembar

Kehamilan ganda sering terjadi dengan frekuensi 1:89 kehamilan. Kehamilan ganda sejak umur muda sudah dapat ditetapkan dengan jalan melakukan pemeriksaan USG.

c. Kehamilan dengan perdarahan

Perdarahan pada kehamilan memberikan dampak yang membahayakan ibu maupun janin dalam kandungan. Sekalipun demikian perdarahan yang terjadi mungkin berasal bukan dari kehamilan seperti pembuluh darah pecah (varises), polip dari mulut rahim.

d. Perdarahan plasenta previa

Adalah keadaan implantasi plasenta demikian rupa sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh mulut rahim, sehingga pembuluh darah besar ada pada sekitar mulut rahim. Dengan makin tuanya kehamilan dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim, terjadinya pergeseran plasenta beserta pembuluh darahnya.

e. Perdarahan solusio plasenta

Nidasi (implantasi) hasil konsepsi sebagian besar terjadi pada fundus uteri (puncak rahim), sebagian tempat yang normal. Yang dimaksudkan dengan perdarahan solusio plasenta adalah lepasnya plasenta dari implantasinya yang normal (fundus uteri) sehingga menimbulkan rasa sakit dengan gangguan nutrisi pada janin.

f. Perdarahan pada sinus marginalis

Perdarahan ini terjadi menjelang persalinan jumlahnya tidak terlalu banyak, tidak membahayakan janin dan ibunya, karena persalinan segera akan berlangsung.

g. Perdarahan vasa previa

Vasa previa adalah penyilangan pembuluh darah pada mulut rahim yang berasal dari inversion vilamentosa plasenta. Seperti diketahui jenis perlekatan/ penempelan tali pusat pada plasenta dalam bentuk insersio sentralis bila tali pusat melekat tepat

ditengah plasenta, insersio parasental perlekatan tali pusat disekitar bagian tengah plasenta, inservio marginalis bila perlekatan tali pusat disekitar di tepi plasenta, insersio vilamentosa bila tali pusat melekat di luar plasenta, sehingga pembuluh darahnya berada diselaput plasenta sebelum mencapai tali pusat.

h. Kehamilan dengan ketuban pecah dini

Pengeluaran air ketuban (amnion) sebagian besar terjadi menjelang persalinan dengan pembukaan mendekati lengkap.

Oleh karena pembukaan lengkap menyebabkan selaput bagian depan menonjol dan merupaka bagian paling lemah dan dapat menyebabkan selaput pecah dengan mengeluarkan air.

i. Kehamilan dengan janin dalam rahim

Setelah umur hamil diatas 16 minggu, dapat dirasakan gerak janin dalam rahim yang disebut “quickening” sebagai gerakan pertama. Gerakan janin merupakan pertanda penting bahwa janin dalam keadaan hidup sehat dan diminta perlindungan dengan jalan pengawasan hamil teratur.

Ada kemungkinan gerak janin berkurang setelah kepala janin masuk pintu atas panggul, karena bagian terendah terinfeksi. Dengan berkurang atau menghilangnya gerakan janin dapat menjadi pertanda bahwa janin mengalami kematian dalam rahim. (Siti Bandiah,2009:115-123)

G. Perubahan Psikologi Kehamilan

1. Perubahan psikologis trimester 1

Segera setelah konsepsi kadar hormone estrogen dan progesterone meningkat, hal ini akan menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah, dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilan. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan. Biasanya, pada awal kehamilannya, ibu berharap untuk tidak hamil

2. Perubahan pada trimester kedua

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy dan pikirannya secara lebih konstruktif.

3. Perubahan psikologi pada trimester ketiga

Trimester ketiga sering kali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu, merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasakan takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan (Damaiyanti,2017:13-14)

H. Kebutuhan Ibu Hamil

1. Kebutuhan fisik ibu hamil

a. Oksigen

Pada prinsipnya harus menghindari ruangan / tempat yang penuh dengan polusi udara (terminal, ruangan yang sering dipergunakan untuk merokok, asap kendaraan bermotor).

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil mengalami peningkatan, respon tubuh terhadap peningkatan metabolisme untuk menambah masa jaringan payudara, hasil konsepsi, dan masa uterus, peningkatan konsumsi oksigen sebesar 15-20 %. (Visi,dkk,2018:74)

b. Nutrisi

a) Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat 15% dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal

b) Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan ibu dan janin

c) Makanan dikonsumsi ibu hamil 40% digunakan untuk pertumbuhan janin dan sisanya 60% untuk pertumbuhan ibunya

d) Secara normal kenaikan berat badan ibu hamil 11-13 kg. (Visi,dkk,2018:74)

Menurut Saifuddin (2009:286), nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan antara lain:

a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat mengakibatkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan 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 dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan oedema.

c) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutam bagi perkembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

d) Zat besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 60 mg/hari, terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian zat besi per minggu cukup adekuat. Zat besi yang diberikan dapat berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

e) Vitamin A

Untuk membantu proses pertumbuhan sel dan jaringan tulang, mata, rambut, organ dalam dan fungsi rahim (Kamariyah, 2014:69). Kebutuhannya 200 RE (retinol ekivalen) per hari (Hutahaean, 2013:60).

f) Vitamin D

Untuk mencegah hipokalsemia karena vitamin D dapat membantu penyerapan kalsium dan fosfor yang berguna untuk mineralisasi tulang dan gigi (Hutahaean,

2013:60). Ibu hamil membutuhkan 400 IU vitamin D (Kamariyah, 2014:69).

g) Vitamin E

Vitamin E berfungsi sebagai pertumbuhan sel, jaringan, dan integrasi sel darah merah (Hutahaean, 2013:60). Ibu hamil membutuhkan 15 mg (22,5 IU) (Kamariyah, 2014:69).

h) Vitamin C

Untuk meningkatkan absorpsi zat besi dari suplemen zat besi. Ibu hamil membutuhkan 250 mg vitamin C per hari (Varney et al, 2007:547).

i) Vitamin B6

Vitamin B6 penting untuk pembuatan asam amino dalam tubuh (Hutahaean, 2013:60). Ibu hamil membutuhkan 2,2 mg vitamin B6 per hari (Kamariyah, 2014:70).

j) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Kekurangan asam folat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Kamariyah, 2014:70)

Tabel 2.2
Kebutuhan gizi pada ibu hamil

Zat gizi	Satuan	Kebutuhan
Energi	Kal	2485
Protein	Gr	60
Vitamin A	RE	700
Vitamin D	Ug	15
Vitamin E	Mg	18
Vitamin K	Mg	130
Thiamin	Mg	1,2
Riboflavin	Mg	1,4
Niacin	Mg	9,1
Vitamin B12	Mg	1,3
Asam folat	Ug	300
Piridoksin	Mg	3,8
Vitamin C	Mg	70
Kalsium	Mg	900
Fosfor	Mg	650
Zat besi	Mg	46
Seng	Mg	20
Yodium	Ug	175
Selenium	Ug	70

Sumber: Marmi, 2013:207-208

c. Personal hygiene

1. Kebersihan gigi

- 1) Gosok gigi secara teratur sehabis makan dan akan tidur, berkumur setelah minum atau makan apa saja
- 2) Memeriksa gigi rutin ke dokter
- 3) Tambal gigi yang berlubang
- 4) Mengobati gigi yang terinfeksi
- 5) Gunakan pencuci mulut yang bersifat alkali/basa

2. Mandi

- 1) Mandi secara teratur dan pastikan alas bak mandi dan lantai kamar mandi tidak licin
- 2) Gunakan sabun yang mengandung antiseptic
- 3) Tidak mandi air panas (melelahkan)
- 4) Tidak mandi air dingin (mmbuat tubuh mengigil)
- 5) Keramas 2-3 kali seminggu

d. Pakaian

- a) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
- b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat
- c) Pakailah bra yang menyokong payudara
- d) Pakaian dalam yang selalu bersih
- e) Sepatu tidak bertumit tinggi dan lancip

f) Korset khusus ibu hamil tidak menekan perut bawah yang melorot, mengurangi nyeri punggung.

(Visi,dkk,2018:75-76)

e. Eliminasi

a) Sering BAK : Perubahan Fisiologis menyebabkan pembesaran uterus akan menekan kandung kemih timbul rasa ingin berkemih meskipun KK berisi sedikit urine. Pd TM 1 dan TM 3

b) BAB= sembelit /obstipasi /konstipasi karena pengaruh hormon progesteron terjadi penurunan motilitas lambung dan usus , kemudian desakan usus oleh pembesaran janin jg menyebabkan bertambahnya konstipasi. (Visi,dkk,2018:77-78)

f. Seksual

Kehamilan bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual

a) TM 1= menurun, Pada trimester pertama hubungan seksual perlu dihindari bagi ibu hamil dengan riwayat sering abortus, prematur, perdarahan pervaginam dan infeksi.

b) TM 2= lebih aman

c) TM 3= menurun, coitus harus hati-hati. Pada Trimester ke III keinginan seksual sudah berkurang karena berat perut semakin besar dan tekniknya pun sulit.

d) Bila ketuban sudah pecah coitus dilarang.

(Visi,dkk,2018:78-79)

g. Istirahat

a) Perlu banyak istirahat untuk tidur malam \pm sekitar 8 jam/ istirahat/ tidur siang \pm 1 jam.

b) Mandi air hangat sebelum tidur

c) Posisi miring kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjar dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri.

d) Jangan terlalu capek (Visi,dkk,2018:80)

h. Imunisasi

a) Imunisasi TT

b) Sebelum nikah = TT capeng

c) 2X dalam masa kehamilan dengan selang waktu 1 bulan biasanya mulai diberikan usia 20 mng

(Visi,dkk,2018:81)

i. Kunjungan ulang

Minimal kunjungan 4x masa kehamilan. Kunjungan ulang adalah setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan

setelah kunjungan antenatal yang pertama. Kunjungan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan (1x TM I, 1x TM II, 2x TM III). (Visi,dkk,2018:81)

j. Perawatan Payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat diperlukan. Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus laktiferius, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Basuhlah lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alcohol. Karena payudara menegang, sensitive, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (*brassiere*). (Prawirohardjo,2014.hal 286-287)

k. Senam Hamil

Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, perceraan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak. Bidan hendaknya menyarankan

agar ibu hamil melakukan masing-masing gerakan sebanyak dua kali pada awal latihan dan dilanjutkan dengan kecepatan dan frekuensi menurut kemampuan dan kehendak mereka sendiri minimal lima tiap gerakan. (Sulistiyawati.2012.)

1. Traveling

Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan yang cenderung lama, jauh, dan melelahkan karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan serta mengakibatkan gangguan sirkulasi dan oedema kaki karena lama tidak aktif bergerak. Apabila ibu bepergian menggunakan mobil pribadi dianjurkan berhenti setiap jam untuk meregangkan badan dan jalan-jalan agar sirkulasi darah lancar, dan gunakan sabuk pengaman. Apabila bepergian dengan pesawat terbang, terdapat beberapa resiko, yaitu:

- a) Bising dan getaran
- b) Dehidrasi, karena kelembaban udara rendah
- c) Turunnya oksigen karena perubahan tekanan udara
- d) Radiasi kosmik pada ketinggian 30.000 kaki

Ibu hamil tidak dianjurkan melakukan perjalanan ketika:

- a) Pada awal kehamilan
- b) Pada bulan terakhir kehamilan
- c) Pre-eklamsi dan eklamsi

(Hutari, 2012:189)

m. Mobilisasi, Body Mekanik

Berubahnya system muskuloskeletal menyebabkan perubahan postur tubuh menjadi lordosis. Mobilisasi dan body mekanik diperlukan untuk mencegah keretakan dan memperlancar sirkulasi darah. Ibu dapat melakukan gerakan badan dengan cara duduk, berbaring, berdiri, dan jalan-jalan pagi. Selain itu ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

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

(Hutari, 2012:189)

n. Obat-obatan

Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam pemberian

terapi, dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan (Sulistiyawati, 202:110).

2. Kebutuhan psikologis ibu hamil

1) Support keluarga

a. Trimester I

- a) Memberi pengertian bahwa perubahan yang terjadi merupakan hal yang normal dapat terjadi pada setiap ibu hamil
- b) Bertukar pengalaman yang menyenangkan
- c) Suami dapat memberikan dukungan dengan mengerti dan memahami setiap perubahan yang terjadi pada istrinya, memberikan perhatian dengan penuh kasih sayang dan berusaha untuk memringankan beban kerja istri.

b. Trimester II

- a) Bersama-sama dengan ibu untuk merencanakan persalinan
- b) Ikut mewaspadaai adanya komplikasi
- c) Bersama-sama mempersiapkan suatu rencana persalinan dan tanda-tanda bahaya apabila terjadi komplikasi

c. Trimester III

- a) Keluarga dan suami dapat memberikan dukungan dengan memberikan keterangan tentang persalinan
- b) Tetap memberikan perhatian dan semangat pada ibu selama menunggu persalinannya
- c) Bersama-sama memantapkan persiapan dengan tetap waspada terhadap komplikasi yang mungkin terjadi.

2) Support dari tenaga kesehatan

a. Trimester I

- a) Menjelaskan dan meyakinkan pada ibu bahwa apa yang terjadi padanya adalah sesuatu yang normal
- b) Membantu untuk memahami setiap perubahan yang terjadi baik fisik maupun psikologis
- c) Yakinkan bahwa ibu akan mulai merasa lebih baik dan berbahagia pada trimester II

b. Trimester II

- a) Mengajarkan pada ibu tentang nutrisi, pertumbuhan bayi, tanda-tanda bahaya
- b) Bersama ibu dan keluarga dalam merencanakan kelahiran dan rencana kegawat daruratan

c. Trimester III

- a) Memberikan penjelasan bahwa yang dirasakan oleh ibu adalah normal

- b) Menenangkan ibu
 - c) Membicarakan kembali dengan bagaimana tanda-tanda persalinaan yang sebenarnya
 - d) Meyakinkan bahwa anda akan selalu berada bersama ibu untuk membantu melahirkan bayinya
- 3) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan
- a) Senam untuk memperkuat otot-otot,
 - b) mengatur posisi duduk untuk mengatasi nyeri punggung akibat janin,
 - c) mengatur berbagai sikap tubuh untuk meredakan nyeri dan pegal,
 - d) sikap berdiri yang membuat bayi leluasa,
 - e) melatih sikap santai untuk menenangkan pikiran dan menenangkan tubuh
 - f) melakukan relaksasi sentuhan
 - g) teknik pemijatan.
- 4) Persiapan sibling

Sibling adalah rasa persaingan diantara saudara kandung akibat kelahiran anak berikutnya (Visi,dkk,2018:84-87)

I. Kunjungan Antenatal Care

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

- a. Trimester I (Usia Kandungan 0-12 Minggu) 1x kunjungan

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

Dalam pemberian asuhan kebidanan menurut Kemenkes RI (2015:8) menggunakan pelayanan Antenatal Terintegrasi/Terpadu yang meliputi :

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Nilai stustus gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA)
- d. Ukur tinggi fundus uteri
- e. Menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f. Skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- g. Beri tablet tambah darah (tablet besi)
- h. Pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus (pemeriksaan golongan darah, kadar Hemoglobin darah (HB), protein urin, gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, BTA)
- i. Tata laksana/ penanganan kasus
- j. Temu wicara atau konseling
 - 1) Kesehatan ibu
 - 2) Perilaku hidup bersih dan sehat
 - 3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan

- 4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- 5) Asupan gizi seimbang
- 6) Gejala penyakit menular dan tidak menular
- 7) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah Epidemio meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.
- 8) Inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif
- 9) KB pasca persalinan
- 10) Imunisasi
- 11) Peningkatan kesehatan intelegsia pada kehamilan (*Brainbooster*).

J. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil

1. Morning sickness, mual dan muntah

Hampir 50 % wanita hamil mengalami mual dan biasanya mual dimulai sejak awal kehamilan. Mual muntah diusia muda disebut morning sickness tetapi kenyataannya mual muntah ini dapat terjadi setiap saat. Mual ini biasanya akan berakhir pada 14 minggu khamilan.

2. 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 (Kurnia,2009)

3. Nyidam makanan

Tidak seharusnya menimbulkan keawatiran asal cukup berganti dan makanan yang diidamkan bukan makanan yang tidak sehat (Masjoer,2008:73)

4. Hipersalivasi

Gunakan pembersih mulut jika diperlukan, kunyahlah permen karet dan hisaplah permen yang keras (Kusmiati,2008:84)

5. Hidung tersumbat

Gunakan pavorizer udara dingin, hindari penggunaan obat-obatan kombinasi (Kusminti,2009:124)

6. Sakit punggung atas bawah

Penanganana : anjurkan ibu untuk lebih banyak untuk istirahat, gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung, gunakan BH yang menopang dan dengan ukuran yang tepat,

berjongkok dan bukan membungkuk untuk meningkatkan setiap benda agar kaki (paha) dan bukan punggung yang akan menahan beban dan tegangannya (Kusmiati dkk,2009:102).

7. Cloasml perubahan wama areola

Penanganan menghindari sinar matahari secara berlebihan saat hamil

8. 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 kchamilan 20 minggu, bagian teratas rahim sejajar dengan puser (umbilicus). Setiap individu akan berbeda-beda tapi pada kebanyakan wanita, perutnya akan mulai membesar pada kchamilan 16 minggu

9. Gusi berdarah

Penanganan: berkumurlah dengan air hangat/air garam, melakukan pemeriksaan gigi tetarur, menjaga gigi dan mulut

10. Keputihan

Penanganan tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari, memakai celana dalam yang terbuat dari katun dan hindari celana dalam yang terbuat dari nilon.

11. Konstipasi

Penanganan: istirahat yang cukup, makan-makanan yang berserat, senam, BAB, segera setelah ada dorongan, membiasakan BAB secara teratur (Kusmiati,2009:145)

12. Nocturia

Penanganan : kosongkan saat terasa ada dorongan untuk kencing
perbanyak minum pada siang hari, batasi minum bahan diuretik
alamiah, kopi, teh, cola, dan caffeine

13. Nafas sesak

Penanganan menganjurkan untuk meninggikan bantal saat sesak.
secara periodic berdiri dan merentangkan lengan atas kepala
sertakan tarik nafas panjang, mendorong postur tubuh yang baik
untuk melakukan pemafasan.

14. Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi, progesteron juga
menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu
pembesaran uterus mengakibatkan tekanan pada vena hemoroid

(Romauli,2011:120)

15. Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan oleh penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan vena inferior saat berbaring (Manuaba,2010:114)

K. Persiapan Persalinan

Meskipun hari perkiraan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari. Karena hal ini agar tidak terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari hari perkiraan, semua perlengkapan yang dibutuhkan sudah siap. Beberapa hal yang harus disiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut :

1. Biaya dan penentuan tempat serta penolong persalinan
2. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pngambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan
3. Baju ibu dan perlengkapan bayi
4. Surat fasilitas kesehatan
5. Pembagian peran jika ibu di RS

2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

A. Pengertian Persalinan

Persalinan normal menurut WHO (2010) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi baru lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun 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. (Mika,2016:2)

B. Sebab Mulainya Persalinan

1. Estrogen
 - a) Meningkatkan sensitivitas otot rahim
 - b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis.
2. Progesterone
 - a) Menurunkan sensitivitas otot rahim
 - b) Menyulitkan penerimaan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis

- c) Menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi(Rohani,dkk.2010: 4)

C. Teori-Teori Penyebab Persalinan

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

2. Teori plasenta menjadi tua

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

3. Teori distensi rahim

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

4. Teori iritasi mekanik

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

5. Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan ekstrogen dan progesterone dapat

mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya kontraksi progesterone karena matangnya usia kehamilan oksitosin meningkatkan aktifitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan persalinan dimulai.

6. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan, teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anensefalus (tulang tengkorak dan tulang otak tidak terbentuk) sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

7. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan (Sulistyawati, 2010: 8).

D. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Proses persalinan merupakan proses mekanisme yang melibatkan 3 faktor, yaitu jalan lahir, kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang di dorong dalam satu mekanisme terpadu. Jalan lunak pada keadaan tertentu tidak akan membahayakan janin dan sangat menentukan proses persalinan (Manuaba, 2010: 48).

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

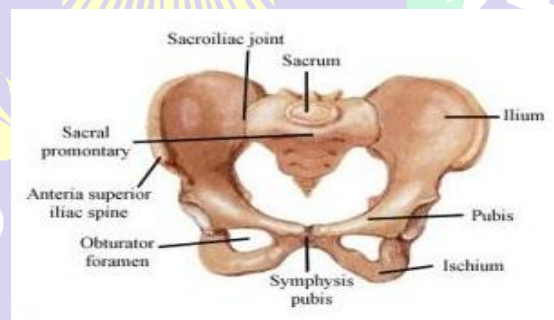
Terdapat disebelah bawah dan depan tulang ilium, dengan tulang duduk dibatasi oleh foramen obturatorium, tungkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut rumus superior tulang pubis, didepan kedu tulang ini berhubungan melalui artikulasi (sumbangan) yang disebut simpisis.

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.

5) 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.

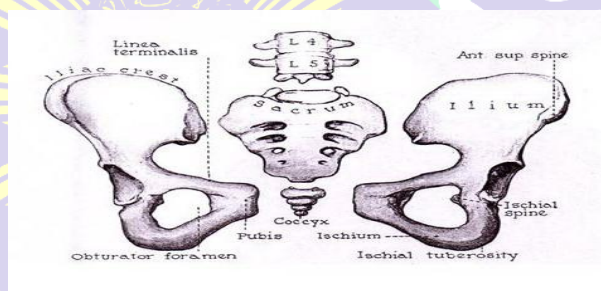


Gambar 2.3
Tulang panggul
Sumber: Harry Oxorn, 2003

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 konjungata vera. Bila ditarik garis artikulasi sakro-iliaka ke titik pertemuan antara diameter tranversa dan konjungata 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 konjungata vera kemudian diteruskan ke linea inominata maka akan ditemukan sebuah diameter obliq dengan ukuran 13 cm (Sulistyawati, 2010: 21).



Gambar 2.4
Pintu Atas Panggul
Sumber Oxorn H., Forte R.W., 2003

Dalam obstetric dikenal 4 bentuk jenis panggul, yaitu:

1) Jenis ginekoloid

Panggul jenis ini bentuk yang paling baik, karena dengan bentuk panggul yang hampir bulat 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 (Sulistyawati, 2010).

2. Bidang Hodge

Bidang-bidang hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun kepanggul 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 1 sejajar dengan spina ischiadika
- d) hodge IV :bidang yang sejajar dengan hodge I tulang koksigis (Sulistyawati, 2010)

3. *Passanger* (janin)

Pembahasan mengenai janin sebagai *passanger* 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* (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).

a. Berat Badan Janin Normal

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

(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.

b. 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 persistens

Posisi oksiput posterior persistens 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).

c) Plasenta Dan Tali Pusat

1. Plasenta

1) Struktur Plasenta

- a. Berbentuk atau hampir bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal 2-2,5 cm.
- b. Berat rata-rata 500 gram

c. Letak plasenta umumnya di depan atau di belakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus.

2) Fungsi Plasenta

- a) Memberi makan kepada janin.
- b) Ekskresi hormon.
- c) Respirasi janin: tempat pertukaran O₂ dan CO₂ antara janin dan ibu.
- d) Membentuk hormon estrogen.
- e) Menyalurkan berbagai antibodi dari ibu
- f) Sebagai barier (penghalang) terhadap janin dari kemungkinan masuknya mikroorganisme/kuman

3) Sirkulasi Darah Plasenta

Darah ibu yang berasal dari spiral arteri disemprotkan dengan tekanan sistol 70-80 mmHg seperti air mancur ke dalam ruang intervillier sampai mencapai chorionic plate, pangkal dari kotiledon janin. Darah tersebut membasahi semua vili korialis dan kembali perlahan-lahan dengan tekanan 8 mmHg ke vena-vena di desidua. Pada saat inilah terjadi pertukaran darah ibu dan janin, dengan tujuan membuang CO₂ dan mengikat O₂.

(Sulistyawati, dkk, 2010: 24-28)

d) Tali Pusat

Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga dapat menyebabkan penyulit persalinan, misalnya pada kasus lilitan tali pusat.

a. Struktur tali pusat

a) Terdiri dari dua arteri umbilikalisis dan satu vena umbilikalisis.

b) Bagian luar tali pusat berasal dari lapisan amnion.

c) Di dalamnya terdapat jaringan yang lembek yang dinamakan selai Warthon. Selai Warthon berfungsi melindungi dua arteri dan satu vena umbilikalisis yang berada dalam tali pusat.

d) Panjang rata-rata 50 cm.

b. Fungsi Tali Pusat.

a) Nutrisi dan oksigen dari plasenta ke tubuh janin;

b) Pengeluaran sisa metabolisme janin ke tubuh ibu;

c) Zat antibodi dari ibu ke janin.

c. Sirkulasi Tali Pusat.

a) Dua arteri dan satu vena yang berada dalam tali pusat menghubungkan sistem kardiovaskular janin dengan plasenta.

b) Pada beberapa kasus dilaporkan adanya bentuk tali pusat yang tidak normal, misalnya terlalu kecil dan berpilin, tersimpul, terlalu besar, terlalu panjang, terlalu pendek, dan lain-lain.

(Sulistyawati,dkk,2010: 29-31)

e) Air Ketuban

Air ketuban merupakan elemen penting dalam proses persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin. Beberapa aspek penting yang perlu diketahui adalah sebagai berikut.

a. Struktur Amnion

i. Volume pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-500 cc.

ii. Berwarna putih keruh, berbau amis, dan terasa manis. Warna keruh sampai hijau pada proses persalinan mengindikasikan adanya kondisi janin yang tidak sejahtera, sehingga membutuhkan tindakan khusus untuk bayi yang dilahirkan

iii. Reaksinya agak alkalis sampai netral dengan berat jenis 1,008.

iv. Komposisinya terdiri atas 98 % air ; dan sisanya albumin , urea , asam urik , kreatinin , sel - sel epitel , lanugo , verniks kaseosa , dan garam anorganik Kadar protein 2,6 % gram , 3. 4. 5 cm yang ngan ortasi g dari liter

b. Fungsi Amnion.

- a) Melindungi janin dari trauma/benturan
- b) Memungkinkan janin bergerak bebas.
- c) Menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat.
- d) Menahan tekanan uterus
- e) Pembersih jalan lahir (Sulistyawati,dkk,2010: 31-39)

4. Power (Kekuatan Ibu)

a. His

Otot rahim terdiri dari 3 lapis, dengan susunan berupa anyaman yang sempurna. Terdiri atas lapisan otot longitudinal di bagian luar, lapisan otot sirkular di bagian dalam, dan lapisan otot menyilang di antara keduanya, Dengan susunan demikian, ketika otot berkontraksi maka pembuluh darah yang terbuka setelah

plasenta lahir kan terjepit oleh otot dan perdarahan dapat berhenti.

a) Sifat His

1) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

2) His yang efektif

a) Kontraksi otot rahim dimulai dari fundus dan ligamentum rotundum kemudian menjalar ke seluruh bagian uterus

b) Gelombang kontraksi simetris dan terkoordinasi

c) Didominasi oleh fundus kemudian menjalar ke seluruh otot rahim.

d) Kekuatannya seperti mekanisme memeras isi rahim.

e) Otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim.

3) Amplitudo

a) Kekuatan his diukur dengan mmlg dan menimbulkan naiknya tekanan intrauterus sampai 35 mmHg

b) Cepat mencapai puncak kekuatan dan diikuti relaksasi yang tidak lengkap sehingga kekuatannya tidak mencapai 0 mmlg

- 4) Setelah kontraksi otot rahim mengalami retraksi, artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali lagi ke panjang semula
- 5) Frekuensi yaitu jumlah terjadinya his selama 10 menit.
- 6) Durasi his yaitu lamanya his yang terjadi setiap saat diukur dengan detik.
- 7) Interval his, yaitu tenggang waktu antara kedua his. Pada permulaan persalinan his timbul sekali dalam 10 menit, pada kala pengeluaran (kala II) muncul sekali dalam 2 menit.
- 8) Kekuatan his, yaitu perkalian antara amplitudo dengan frekuensi yang ditetapkan dengan satuan unit Montevideo

b. Tenaga Meneran

Tenaga meneran pasien akan semakin menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong ke luar. Dorongan meneran akan semakin meningkat ketika pasien dalam posisi yang nyaman, misalnya setengah duduk, jongkok, berdiri, atau miring kiri. (Sulistiyawati, dkk, 2010: 24-39)

E. Tanda Mulainya Persalinan

Persalinan yang sudah dekat ditandai dengan adanya lightening atau settling atau dropping dan terjadi his palsu.

Persalinan itu sendiri ditandai dengan his persalinan, yang mempunyai ciri seperti:

- 1) Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan
- 2) His bersifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatannya semakin besar
- 3) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
- 4) Semakin beraktifitas (jalan), semakin bertambah kekuatan kontraksinya.

Selain his, persalinan ditandai juga dengan pengeluaran lendir dari kanalis servikalis karena terjadi pembukaan dan pengeluaran darah dikarenakan kapiler pembuluh darah pecah.

Persalinan juga dapat disebabkan oleh pengeluaran cairan ketuban yang sebagian besar pecah menjelang pembukaan lengkap dan tanda in partu, meliputi adanya his, bloody show, peningkatan rasa sakit, perubahan bentuk serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks (dilatasi), pengeluaran cairan yang banyak atau selaput ketuban pecah dengan sendirinya. (Nurul,2014:3)

F. Jenis Persalinan

1. Persalinan spontan, jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir
2. Persalinan buatan, persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps/dilakukan operasi section caesarea.
3. Persalinan anjuran, bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian poticin dan prostaglandin. (Mika ,2016:2)

Berdasarkan umur kehamilan dan berat janin yang dilahirkan persalinan dibedakan sebagai berikut:

1. Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi dengan kehamilan kurang dari 22 minggu dan BB kurang dari 500 gram.
2. Imatur adalah partus dengan umur kehamilan 22-28 minggu dan BB 500-1000 gram.
3. Prematur adalah partus dengan umur kehamilan 28-37 minggu dan BB 1000-2500 gram.
4. Aterm adalah partus dengan umur kehamilan 37-40 minggu dan BB 2500 gram atau lebih.
5. Posterm/serotinus adalah partus dengan umur kehamilan > 42 minggu.(Prawirohardjo, 2012:90)

G. Perubahan Fisiologis Dan Psikologis

1. Perubahan Fisiologis pada Persalinan

Sejumlah perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan, hal ini bertujuan untuk mengetahui perubahan-perubahan yang dapat dilihat secara klinis bertujuan untuk dapat secara tepat dan cepat menginterpretasikan tanda-tanda, gejala tertentu dan penemuan perubahan fisik dan laboratorium apakah normal apa tidak persalinan kala I.

a. Perubahan tekanan darah

Perubahan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg di antara kontraksi- kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi.

b. Perubahan Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar diakibatkan karena kecemasan serta kegiatan otot rangka tubuh . Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan.

c. Perubahan Suhu

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1 derajat C. Suhu badan yang naik sedikit merupakan hal yang wajar, namun keadaan ini berlangsung lama, keadaan suhu ini mengindikasikan adanya dehidrasi.

d. Denyut jantung

Penurunan yang menyolok selama acme kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi miring bukan posisi terlentang. Denyut jantung di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau belum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi.

e. Pernafasan

Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan tehnik pernafasan yang tidak benar.

f. Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat serta glomerulus serta aliran plasma ke renal. Polyuri tidak begitu kelihatan dalam posisi terlentang, yang mempunyai efek mengurangi aliran urine selama persalinan. Protein dalam urine (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, tetapi proteinuri (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara, anemia, persalinan lama atau pada kasus pre eklamsia.

g. Perubahan Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan akan menyebabkan konstipasi.

h. Perubahan hematologis

Haemoglobin akan meningkat 1,2gr/100ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama. Jumlah sel-sel darah putih meningkat secara progressif selama kala satu persalinan sebesar 5000s/d 15.000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap, hal ini tidak berindikasi adanya infeksi. Gula darah akan turun selama dan akan turun secara menyolok pada persalinan yang mengalami penyulit atau persalinan lama .

i. Konstraksi Uterus

Konstraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron menyebabkan keluarnya hormon oksitosin.

j. Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

k. Perkembangan retraksi ring

l. Penarikan serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk servik menghilang karena canalis servikalis membesar dan membentuk Ostium Uteri Eksterna (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit.

m. Pembukaan ostium oteri interna dan ostium oteri eksterna enali

n. Show

Adalah pengeluaran dari vagina yang terdiri dan sedikit lendir yang bercampur darah, lendir ini berasal dari ekstruksi lendir yang menyumbat canalis servikalis sepanjang kehamilan, sedangkan darah berasal dari desidua vera yang lepas.

o. Tonjolan kantong ketuban

Tonjolan kantong ketuban ini disebabkan oleh adanya regangan SBR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengan adanya tekanan maka

akan terlihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum yang terbuka.

p. Pemecahan kantong ketuban

Pada akhir kala satu bila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, ditambah dengan kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah, diikuti dengan proses kelahiran bayi.

2. Perubahan Psikologis pada Persalinan

Perubahan psikologis pada kala satu . Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali melahirkan sebagai berikut:

- a. Perasaan tidak enak
- b. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi
- c. Sering memikirkan antara lain apakah persalinan berjalan normal
- d. Menganggap persalinan sebagai percobaan
- e. Apakah penolong dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya
- f. Apakah bayi normal atau tidak
- g. Apakah ia sanggup merawat bayinya
- h. Ibu merasa cemas. (Elizabeth,dkk,2016:31-35)

H. Tahapan Persalinan

1. Persalinan kala 1

Kala 1 atau kalau pembukaan berlangsung dari nol (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). kala 1 untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan multigravida 2cm/jam.

Kala 1 (pembukaan) dibagi menjadi 2 fase, yakni:

1. Fase laten

- a) Pembukaan serviks berlangsung lambat.
- b) Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm
- c) Berlangsung dalam 7-8 jam

2. Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 subfase:

- a) Periode akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- b) Periode dilatasi maksimal (steady): selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c) Periode deselerasi : pembukaan berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap .

Tabel 2.3

Diagnose Kala Dan Fase Persalinan

Gejala dan tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan Palsu/Belum In Partu	
Serviks Berdilatasi Kurang Dari 4cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm a. Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih perjam b. Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap 10 cm a. Penurunan kepala berlanjut b. Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (Nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap 10 cm a. Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul b. Ibu meneran	II	Aktif (Nonekspulsif)

Sumber : Sulistyawat,2009:198

2. Persalinan kala 2

Kala 2 atau disebut juga kala “pengusiran”, dimulai dengan pembukaan lengkap serviks (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi.

Kala 2 ditandai dengan :

- 1) His terkoordinasi, kuat cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 cm menit sekali
- 2) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektorik menimbulkan rasa mengejan
- 3) Tekanan pada rectum dan anus terbuka, serta vulva membuka dan perineum meregang

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) amati tanda gejala kala II (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal, 2015)

Kala II

Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal Wiknjosastro (2008:79-97) :

- 1) Mengenali tanda dan gejala kala II
 - R/ Dengan melihat tanda gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.
 - Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II
 - (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
 - (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
 - (c) Perineum menonjol
 - (d) Vulva dan sfingter ani membuka
- 2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

(a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi

(b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam pertus set

3) Pakai celemek plastic

R/Celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008:80).

4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering

R/Mencegah adanya perhiasan atau benda yang melukai ibu.

5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam
R/Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular untuk darah (Varney, 2008:117).

6) Masukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

R/Memudahkan petugas dalam melakukan tindakan

7) Bersihkan vulva dan perenium, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT

(a) Jika introitus vagina, perenium atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang

(b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)

R/ Mempermudah melakukan Vagina Torch

8) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan bayi baik

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture porsio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal

(a) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap

(b) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi

9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas.

R/ Melakukan pencegahan infeksi

10) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit)

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

(b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian

R/Persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga kooperatif

11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

R/Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava inferior ibu. berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro, 2008:87).

12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)

R/ Mempermudah ibu untuk meneran

13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

(a) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan secara efektif

(b) Dukung dan beri semangat pada saat ibu meneran dan perbaiki cara meneran apabila cara meneran tidak sesuai

(c) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring terlentang dalam waktu yang lama)

- (d) Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum disela-sela kontraksi
- (e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu
- (f) Beri cukup asupan cairan peroral (minum)
- (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda
- (h) Segera rujuk apabila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2 jam meneran untuk primigravida) atau 60 menit (1 jam untuk multigravida)

R/ Bayi dapat segera dilahirkan

- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

R/ Mempermudah ibu untuk meneran

- 15) Persiapkan pertolongan kelahiran janin

R/Mempersiapkan trmpat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong

- 16) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi sudah di vulva dengan diameter 5-6 cm

R/ memudahkan petugas untuk mengelap bayi ketika sudah lahir

17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 dibagian bawah bokong ibu

R/ mempermudah tindakan stenen

18) Buka tutup pertus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan

R/ mempermudah petugas dalam tindakan

19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ sebagai salah satu alat pelindung diri dan pencegahan infeksi

20) Persiapan pertolongan kelahiran

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perenium

Kelahiran kepala

21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.

Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat

R/Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjosastro, 2008:89).

22) Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi, dan segera proses kelahiran bayi

R/Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008:1146)

(a) Jika tali pusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat dari kedua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut

23) Tunggu kepala bayi putar paksi luar, pegang secara spontan

R/ Mencegah adanya laserasi yang lebar

Lahirnya bahu

24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya his. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ Penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi dibawah mandibula atau di sekelilingi leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi

Lahirnya badan dan tungkai

25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku, dan tangan bahu belakang saat bagian-bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perenium

26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing maka kaki dengan ibu jari dan jari lainnya

R/ Tindakan ini memungkinkan dapat menahan bayi sehingga dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan anda tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangan atau jari-jari

Penanganan bayi baru lahir

27) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu :

- (a) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif
- (c) Apakah kulit bayi berwarna merah

R/ Proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi

28) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan tubuh bagian lainnya kecuali telapak tangan. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering

R/ mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin

29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus ibu

R/ mencegah adanya maltindakan

30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik

R/ adanya kepercayaan antara ibu dan petugas

31) Dalam 1 menit setelah bayi lahir lakukan penyuntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin)

R/ menstimulus untuk kontraksi baik

32) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 2 cm distal dari klem pertama

R/ memudahkan tindakan PTT

33) Pemotongan dan ikat tali pusat

R/ memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

(a) Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara tali pusat tersebut

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya

(c) Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan (larutan klorin)

34) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit bayi, letakkan bayi tengkurap didada ibu. luruskan bahu

bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantar payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu

R/ bayi dan ibu terjadi bonding attachment

35) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi

R/ menjaga bayi tetap hangat dan mencegah hipotermi

3. Persalinan kala 3

Kala 3 atau kala pelepasan uri adalah periode yang dimulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta seluruhnya sudah dilahirkan. Lama kala 3 pada primigravida dan multigravida hamper sama berlangsung ± 10 menit.

a) Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu:

- 1) Fundus yang berkontraksi kuat.
- 2) Perubahan bentuk uterus dari bentuk cakram menjadi bentuk oval bulat, sewaktu plasenta bergerak ke arah segmen bagian bawah.
- 3) Adanya semburan darah dengan tiba-tiba.
- 4) Tali pusat bertambah panjang dengan majunya plasenta mendekati introitus. Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam lima menit (Kumalasari, 2015: 27).

b) Mekanisme pelepasan plasenta

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak berada di dalam uterus, kontraksi uterus akan terus berlangsung dan ukuran rongga nya akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran situs penyambungan plasenta. Oleh karena itu situs sambungan tersebut menjadi lebih kecil, plasenta menjadi lebih tebal dan mengkerut serta memisahkan diri dari dinding uterus (Sulistyawati dkk, 2010: 157).

Cara pelepasan plasenta:

1. Metode ekspulsi Scultze

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral/bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Tanda pelepasan dari tengah ini mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan terjadi setelah plasenta lahir (Widyatun, 2012:41).

2. Metode ekspulsi Maththew-Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila lebih hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit dan perdarahan

segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap (Kaban, 2010:61).

Beberapa prasat untuk mengetahui apakah plasenta sudah terlepas atau belum:

(a) Prasat Kuthner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan daerah diatas simfisis.

Bila tali pusat ini masuk kedalam vagina, itu tandanya plasenta belum lepas dari dinding uterus.

Prasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati.

Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi (Damayanti, 2014:39).

(b) Prasat Strassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri.

Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ini berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus

(Paula, 2013:124).

(c) Prasat Klein

Wanita tersebut disuruh mengejan. Tali pusat tampak turun kebawah. Bila pengejanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali kedalam vagina, berarti

plasenta belum lepas dari dinding uterus (Trianto, 2016:65).

Kala III

Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosatiro,2008:100-106)

Penanganan tali pusat

R/ untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta

36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi

37) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain untuk menegangkan tali pusat

R/ Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami perubahan bentuk dan tinggi, fundus berada di atas pusat, dan tali pusat memanjang

38) Setelah terus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain ats (dorso karnial) secara hati – hati (untuk mencegah inervia uteri). Jika plasenta tida lahir setelah 30 – 40 detik hentikan

penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat mencegah terjadinya inversio uteri

Mengeluarkan Plasenta

39) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan dorso kranial)

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vulva dan melahirkan plasenta

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat

1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
2. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh
3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual

R/ Segera lepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu

40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sia selaput kemudian gunakan jari- jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang teringgal.

R/ Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir

Rangsangan Taktil (Masaese Uterus)

R/Masaese Uterus merangsang kontraksi

41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan meingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

R/ Tindakan masase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri

42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

R/ Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosis normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat untuk skrining kondisi yang tidak normal dan untuk memastikan apakah plasenta dan membran telah dilakukan seluruhnya (Varney, 2008: 1162)

43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan prineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

R/Periksa sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan

4. Persalinan kala 4

Kala IV persalinan adalah dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam pertama postpartum.

Asuhan pemantauan pada kala IV

a) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.

- b) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit selama jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.
- c) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
- d) Mengajarkan pada ibu untuk memijat uterus jika uterus menjadi lembek (Rohani, 2011: 44).

Kala IV

Melakukan prosedur pasca salin (Wiknjosastro, 2008:114-121)

44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

R/ Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta. Maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/ menit dari bekas tempat melekatnya plasenta

45) Biarkan bayi melakukan kontrak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu

R/ merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu. (Wiknjpsastro dkk, 2009: 131)

46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

R/ mengetahui adakah kelainan pada bayi

47) Setelah satu jam lakukan penimbangan/pengukuran

bayi, beri tets mata antibiotik, profilaksi dan vitamin K₁

berikan 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral

Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan

imunisasi Hpatitis B di paha kana anterolateral

(a) Letakkan bayi didalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui

R/ imunisasi berguna untuk daya tahan tubuh untuk bayi.

48) Lanjutkan pemantauan kontrasi dan mencegah pendarahan pervaginam.

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

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

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

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri

R/ kontraksi uterus yang baik dapat mengurangi dan mencegah terjadinya perdarahan pervaginam.

49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi

R/informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ memperkirakan kehilangan darah pada ibu.

51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum

(a) Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

R/ mencegah terjadinya syok pada ibu akibat kehilangan darah

52) periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60s/menit) serta suhu normal (36°C – $37,5^{\circ}\text{C}$).

R/ mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi

53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

R/ mencegah terjadinya pencemaran infeksi

54) Buang bahan – bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

R/ mencegah terjadinya pencemaran infeksi

55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

R/ kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi.

56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu membersihkan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

R/ merangsang produksi ASI pada ibu

57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

R/ mencegah terjadinya infeksi

58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

R/ prosedur mematikan virus Hepatitis B dan HIV

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ mencegah kontaminasi silang

Dokumentasi

60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang),
periksa tanda vital dan kala IV.

R/ mendapatkan informasi selama persalinan untuk
mengambil keputusan

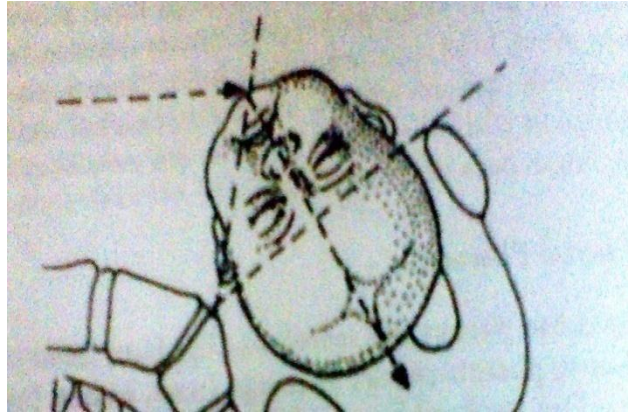
I. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah cara penyesuaian diri dan lewatnya janin melalui panggul ibu. Ada 6 gerakan dengan overlapping yang jelas. Diuraikan sebagai berikut:

1. Enggament

Engagement atau desensus terjadi sebelum inpartu dan tidak berlanjut sampai awal kala II. pada multipara engagement berlangsung bersamaan dengan dilatasi servik.

Penyebab terjadinya engagement atau desensus yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokong, usaha meneran ibu, gerakan ekstensi tubuh janin (tubuh janin menjadi lurus). Faktor lain yang menentukan terjadinya desensus adalah Ukuran dan bentuk panggul, posisi bagian terendah janin.



Gambar 2.5
Kepala Masuk PAP
Sumber: Wiknjosastro,dkk. 2009

2. Penurunan

Penurunan meliputi engagement pada diameter oblique kanan panggul berlangsung terus selama persalinan normal pada waktu janin melalui jalan lahir. Gerakan-gerakan lainnya menyertai penurunan ini.

3. Flexi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi fleksi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tekanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun mendahului sinciput. UKK lebih rendah daripada bregma dan dagu janin mendekati dadanya.

4. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul (Marmi, 2011).

5. Ekstensi

Ekstensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah, dan dasar panggul yang memberikan tahanan perlu diperhatikan bahwa dinding depan panggul (pubis) panjang hanya 4 sampai 5 cm, sedangkan dinding belakang (sacrum) 10-15 cm dengan demikian simpisut harus menempuh jarak yang lebih panjang daripada occiput dengan semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (crowning). Occiput lewat

PAP perlahan-lahan dan tengkuk menjadi titik putar di angulus subpubicus. Kemudian dengan proses extensi yang cepat sinciput sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirnya bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu melalui perineum.

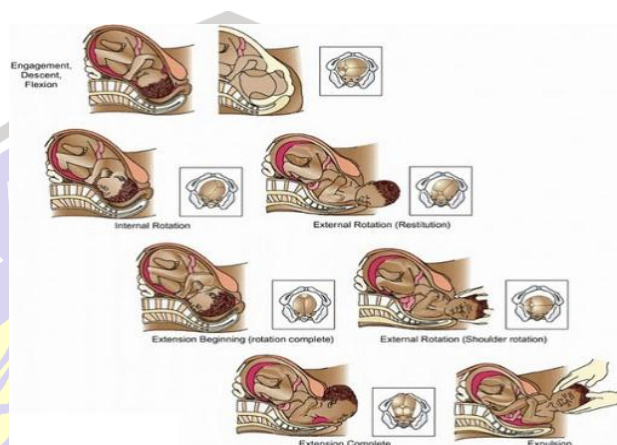
6. Resitusi

Pada waktu kepala mencapai dasar panggul. Maka bahu memasuki panggul oleh karena panggul tetap berada pada diameter oblique 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 (OA menjadi LOA) sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali.

7. Putar paksi luar

Putar paksi luar kepala sebenarnya merupakan manifestasi putar paksi dalam dalam daripada bahu. Pada bahu mencapai dasar panggul bahu depan yang lebih rendah berputar ke depan di bawah simfisis dan diameter bisacromialis berputar dari diameter oblique ke kiri menjadi diameter anteroposterior panggul. Dengan begini memanjangkan bahu maka diameter bahu dapat sesuai dengan diameter memanjang PBP. Kepala yang telah berputar kembali untuk mengembalikan hubungan normal

dengan bahu. Sekarang berputar lagi untuk mempertahankannya: LOA menjadi LOT. (Sri Rahayu,2017:47-51)



Gambar 2.6

Mekanisme Persalinan

Sumber: Diah,2012. <http://jurnahbidandiah.blogspot.com>

J. Partograf

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

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

1. Denyut jantung janin

Batas normalnya antara 120-160 x/menit. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap ½ jam selama 1 menit (Manuaba, 2010).

2. Air ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur mekonium, D air ketuban bernoda darah (Saifudin, 2009:104) dan K bila air ketuban minimal atau kering (Manuaba, 2010:57).

3. Molase (Penyusupan tulang kepala janin

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

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

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

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

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

3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (Saifudin, 2010:114).

4. Pembukaan mulut rahim

Dinilai pada saat pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x) 9 (Saifuddin, 2009:104)

5. Penurunan again terbawah janin. Dibagi menjadi 5 kategori dengan symbol 5/5 sampai 0/5 . symbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simpisis pubis, sedangkan symbol 0/5 menyatakan bahwa kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simpisis pubis, beri tanda o yang sesuai pada garis (Saifuddin, 2010:115).

6. Jam dan waktu

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

7. Kontraksi uterus

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

Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

- a) Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
- b) Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik
- c) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010:120).

8. Oksitosin

Bila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan permenit (Saifuddin, 2010:120).

9. Obat-obatan lain-lain cairan

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai (Saifuddin, 2010:120).

10. Nadi, tekanan darah, temperature

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

- a) Cata nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan.
Beri tanda titik pada kolom yang sesuai
- b) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
- c) Catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.

11. Protein, aseton, dan volume urine

Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009:106).

K. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut Sulistyawati (2010:41-46), ada lima kebutuhan wanita bersalin yang dijelaskan sebagai berikut:

1. Asuhan Tubuh Dan fisik

Asuhan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

- a) Menjaga kebersihan diri
- b) Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAB/BAK dan menjaganya agar tetap bersih dan kering.
- c) Mandi di bak/shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai dan merasa sehat.
- d) Berendam

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

e) Perawatan mulut

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

f) Pengipasan

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

2. Nutrisi

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

makanan yang bisa menimbulkan bau seperti jengkol dan petai.

a) Makanan yang dianjurkan :

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

b) Minuman yang dianjurkan:

- 1) Minuman yogurt rendah lemak.
- 2) Jus buah-buahan.
- 3) Kaldu jernih.
- 4) Air mineral.
- 5) Cairan isotonic.

3. Persoanal Hygiene

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

a) Dengan mandi dan membersihkan badan, ibu akan mengurangi kemungkinan adanya kuman yang masuk selama persalinan. Hal ini mengurangi terjadinya infeksi sesudah melahirkan.

- b) Ibu akan merasa nyaman selama menjalani proses persalinan.
- c) Bulu kemaluan tidak dicukur seluruhnya, hanya bagian yang dekat dengan anus yang akan dibersihkan, karena hal tersebut akan mempermudah penjahitan jika ibu ternyata di episiotomi.

4. Eliminasi

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

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

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi agar membantu kemajuan persalinan dan pasien

merasa nyaman. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk bereliminasi secara minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan katektisasi.

5. Pendamping

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

L. Perubabahan Fisiologis Pada Persalinan

1. Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ketingkat 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 (Varney et al, 2008:686).

2. Metabolisme

Selama proses 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 (Varney et al, 2008:686).

3. Suhu

Selama persalinan suhu tubuh sedikit meningkat, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$, mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinaan (Varney et al, 2008:687).

4. Denyut nadi (frekuensi jantung)

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dibandingkan 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. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Varney et al, 2008:687).

5. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (Varney et al, 2008:687).

6. Perubahan pada ginjal

Selama persalinan sering terjadi poliuria. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney et al, 2008:687).

7. Perubahan pada saluran cerna

Motilisasi 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. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan (Varney et al, 2008:687-688).

8. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg/100 mL selama proses persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Varney et al, 2008:688).

M. Penyulit, Kelainan dan Komplikasi Masa Persalinan

1. Kelainan Presentasi Dan Posisi

a) Presentasi Bokong

Presentasi Bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas. Jenis presentasi bokong:

1) Sempurna

Janin dalam posisi fleksi pada paha dan lutut.

2) Murni

Janin dalam posisi fleksi pada paha dan ekstensi pada lutut, ini merupakan jenis yang tersering dan meliputi hamper dua pertiga dari presentasi bokong.

3) Kaki

Satu atau dua kaki dengan ekstensi pada paha dan lutut, dan kaki merupakan bagian terendah.

4) Lutut

Satu atau dua lutut dengan ekstensi pada paha, fleksi pada lutut, dan bagian terendahnya adalah lutut. (Sulistiyawati, 2010:138)

b) Presentasi Muka

Presentasi Muka adalah keadaan dimana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka merupakan bagian terendah menghadap kebawah. Penyebab keadaan-keadaan yang memaksa terjadi defleksi kepala atau keadaan yang menghalangi terjadinya fleksi kepala:

- 1) Sering ditemukan pada janin besar atau panggul sempit.
- 2) Multiparitas, perut gantung.

3) Anensefalus, tumor leher bagian depan.

(Sulistyawati, 2010:134)

c) Posisi Oksiput Posterior Persisten

Pada persalinan presentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui PAP dengan sutura sagitalis melintang/miring, sehingga ubun-ubun kecil dapat berada dikiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan, kiri belakang/ kanan belakang. Dalam keadaan fleksi bagian kepala yang pertama mencapai dasar panggul adalah oksiput. Oksiput akan memutar kedepan karena dasar panggul dan mucus levator aninya membentuk ruangan yang lebih sesuai oksiput. Keadaan UUK dibelakang dianggap <10% UUK yang tidak berputar kedepan/ tetap dibelakang disebut oksiput posterior persisten. Penyebabnya adalah sebagai berikut:

- 1) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter tranversa. Panggul anthropoid.
- 2) Segmen depan menyempit, contoh: panggul android.
- 3) Otot-otot dasar panggul yang lembek pada multipara.
- 4) Kepala janin yang kecil dan bulat (Sulistyawati, 2010:141)

2. Distosia Karena Kelainan His

a) Inersia Uteri Hipotonik

Inersia Uteri Hipotonik adalah kelainan his dengan kekuatan yang lemah/ tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Sering dijumpai pada penderita dengan kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang, misalnya: akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik. Inersia uteri primer terjadi pada permulaan fase laten. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat (kelemahan is yang timbul sejak dari permulaan persalinan), sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum. Inersia uteri sekunder terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan (Sulistyawati, 2010:143).

b) Inersia Uteri Hipertonik

Inersia Uteri Hipertonik adalah kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk

membuka serviks dan mendorong bayi keluar. Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini, antara lain: rangsangan pada uterus, misalnya: pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama disertai infeksi, dan sebagainya (Sulistyawati, 2010:143).

c) His Yang Tidak Terkoordinasi

Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antara kontraksi dan bagian-bagiannya. Jadi kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin. Pada bagian atas dapat terjadi kontraksi tetapi bagian tengah tidak, sehingga menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju (Sulistyawati, 2010:144).

3. Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan

a) Vulva

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma kauminta dan fistula.

b) Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah:

1) Kelainan vagina

Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.

2) Stenosis vagina congenital

Jarang terdapat, lebih sering ditemukan septum vagina yang memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap pada bagian kanan atau bagian kiri. Septum lengkap biasanya tidak menimbulkan distosia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar, baik untuk koitus maupun lahirnya janin. Septum tidak lengkap kadang-kadang menahan turunnya kepala janin pada persalinan dan harus dipotong dahulu. Stenosis dapat terjadi karena parut-parut akibat perlukaan dan radang.

3) Tumor vagina

Dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam, adanya tumor vagina dapat juga menyebabkan persalinan pervaginam dianggap memiliki banyak resiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginam atau diselesaikan dengan section caesarea.

4) Kista vagina

Kista vagina berasal dari duktus gartner atau duktus muller, letak lateral dalam vagina bagian proksimal, ditengah, distal dibawah orifisum uretra eksternal.

c) Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis karena disfunctional uterine action atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi. (Sulistyawati, 2010:146)

4. Distosia Karena Kelainan Janin

a) Bayi Besar (Makrosomia)

Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi

5000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4000 gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4500 gram adalah 0,4% (Sulistyaati, 2010:147).

b) Hidrosefalus

Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan tekanan intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml akan tetapi kadang-kadang dapat mencapai 5 liter. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan antara absorpsi dan produksi cairan serebrospinal. Hidrosefalus selalu bersifat sekunder, sebagai akibat dari penyakit atau kerusakan otak. Adanya kelainan-kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura dan ubun-ubun (Sulistyawati, 2010:147)

c) Anensefalus

Anensefalus adalah suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. Anensefalus merupakan suatu kelainan tabung syaraf (suau kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan kerusakan pada jaringan pembentuk otak dan korda spinalis). Anensefalus terjadi jika tabung

syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak diketahui. Penelitian menunjukkan kemungkinan anensefalus berhubungan dengan racun dilingkungan juga kadar asam folat yang rendah dalam darah. Anensefalus ditemukan pada 3,6-4,6 dari 10.000 bayi baru lahir (Sulistyawati, 2010:148).

d) Distosia Bahu

Distosia bahu ialah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul, sehingga bahu menjadi tidak dapat digerakkan (Sulistyawati, 2010:129).

e) Janin Kembar Siam

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal berpisah secara sempurna. Kemunculan kasus kembar siam diperkirakan adalah satu dalam 200.000 kelahiran (Sulistyawati, 2010:130).

5. Distosia Karena Kelainan Jalan Lahir

a) Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)

Pintu atas panggul dinyatakan sempit apabila:

- 1) Diameter antero-posterior terpendek <10 cm.
- 2) Diameter transversal terbesar <12 cm.

3) Perkiraan diameter antero-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran Conjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm, sehingga kesempitan PAP sering ditegakan bila ukuran conjugate diagonalis <11,5 cm. (Sulistyawati, 2010:155)

b) Kesempitan Bidang Tengah Pelvis

Kesempitan bidang tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP. Kejadian ini sering menyebabkan kejadian “deep transverse arrest” (letak malang melintang rendah) pada perjalanan persalinan dengan posisi occipitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan Bidang Tengah Panggul) (Sulistyawati, 2010:155).

c) Kesempitan Pintu Bawah Panggul (PBP)

PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberus) dan tidak terletak pada bidang yang sama. Berkurangnya diameter intertuberosa menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih kearah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekan perineum yang luas. Distosia akibat kesempitan

Pintu Bawah Panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hampir selalu disertai dengan kesempitan Bidang Tengah Panggul (Sulistyawati, 2010:155).

6. Perdarahan Post Partum Primer

Perdarahan pasca persalinaan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu:

- a) Atonia uteri
- b) Perlukaan jalan lahir
- c) Retensio plasenta
- d) Tertinggalnya sebgian plasenta di dalam uterus
- e) Kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia
- f) Penatalaksanaan kala III yang salah (Sulistyawati, 2010:157)

7. Atonia Uteri

Atonia ueteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan

setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang), seperti:

- a) Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
- b) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
- c) Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
- d) Partus lama/partus terlantar
- e) Malnutrisi
- f) Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- g) Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

(Sulistyawati, 2010:157)

8. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga

sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

- a) Plasenta adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
- b) Plasenta akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.
- c) Plasenta inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.
- d) Plasenta perkreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.
- e) Plasenta inkarserata: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri. (Sulistyawati, 2010:158)

9. Emboli Air Ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur-unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental. Penyebabnya belum diketahui secara pasti. Yang merupakan factor risiko:

- a) Multipara
- b) Solusio plasenta
- c) IUFD

- d) Partus presipitatus
- e) Suction curettage
- f) Terminasi kehamilan (Sulistyawati, 2010:158)

10. Robekan Jalan Lahir

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

a) Robekan Perineum

Robekan Perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Penyebabnya adalah:

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Adanya jaringan parut pada perineum
- 4) Adanya distosia bahu

Klasifikasi:

- 1) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
- 2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum.

- 3) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum dan sfingter ani eksterna
- 4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.(Sulistyawati, 2010:159)

b) Robekan Serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri (Sulistyawati, 2010:159).

c) Robekan Dinding Vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum (Sulistyawati, 2010:159).

11. Inversio Uteri

Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inversion jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Penyebabnya adalah:

- a) Grande multipara
- b) Atonia uteri
- c) Kelemahan alat kandungan
- d) Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan)
- e) Cara crade yang berlebihan
- f) Tarikan tali pusat
- g) Manual plasenta yang terlalu dipaksakan
- h) Retensio plasenta(Sulistyawati, 2010:159)

12. Syok Obstetrik

Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme. Penyebabnya adalah:

- a) Perdarahan
- b) Infeksi berat
- c) Solusio plasenta
- d) Inversio uteri

- e) Emboli air ketuban
- f) Komplikasi anestesi (Sulistiyawati, 2010:160).

N. Lima Benang Merah

Menurut Mika (2016:67), terdapat lima aspek dasar, atau lima benang merah yang penting dan saling berkaitan dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis.

Lima benang merah tersebut antara lain:

1. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang di butuhkan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

2. Asuhan Sayang Ibu Dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu merupakan 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 para ibu yang diperhatikan dan diberi dukungan selama proses 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 (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

3. Pencegahan Infeksi

Penolong persalinan secara konsisten dan sistematis harus menggunakan praktik pencegahan infeksi seperti cuci tangan, penggunaan sarung tangan, menjaga sanitasi lingkungan yang sesuai bagi proses persalinan, kebutuhan bayi dan proses ulang peralatan bekas pakai.

a) Definisi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh atau benda asing (misalnya meja periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh (Wiknjosastro, 2014:25).

Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) merupakan tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi (Wiknjosastro, 2014:25).

Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, benda, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrument (Wiknjosastro, 2014:25).

- 1) Rumus membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrasi berbentuk cair

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ Larutan konsentrat}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} - 1$$

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5,25% (misalkan BAYCLIN)

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{5,25\%}{0,5\%} - 1$$

Tambahkan 9 bagian (pembulatan kebawah dari 9,5) air kedalam 1 bagian larutan klorin konsentrat (5,25%).

Catatan : Air tidak perlu dimasak (Wiknjosastro, 2014:25)

- 2) Rumus membuat larutan klorin dari serbuk kering

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ Larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsentrat}} \times 1000$$

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk yang bisa melepaskan klorin seperti kalsium hipoklorida yang mengandung 35% klorin :

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

Tambahkan 14 gram (pembulatan kebawah dari 14,3) serbuk kedalam 1 liter air mentah yang bersih. (Wiknjosastro, 2014:25).

b) Prinsip-Prinsip Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi (PI) yang efektif didasarkan pada prinsip prinsip berikut:

- 1) Setiap orang (Ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat bersifat asimtomatik (tanda gejala).
- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- 3) Permukaan benda disekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan harus di proses secara benar.
- 4) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan dan benda asing lainnya telah diproses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
- 5) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan

menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten (Wiknjastro, 2014:26).

c) Tindakan-Tindakan Pencegahan Infeksi

1) Cuci tangan

Adalah prosedur paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya. Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya).

2) Menggunakan teknik aseptis atau aseptik

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

- (a) Penggunaan perlengkapan perlindungan pribadi.
- (b) Antiseptis
- (c) Menjaga tingkat sterilisasi atau DTT

3) Memakai alat bekas pakai

Tiga proses pokok yang direkomendasikan untuk proses peralatan dan benda-benda lain dalam upaya pencegahan infeksi antara lain :

- (a) Dekontaminasi

- (b) Cuci dan bilas
 - (c) Desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi
- 4) Menangani peralatan tajam dan aman

Luka termasuk benda tajam misalnya jarum, merupakan salah satu alur utama infeksi HIV dan Hepatitis B diantara para penolong persalinan. Oleh karena itu, perlu diperhatikan pedoman berikut:

- (a) Letakkan benda-benda tajam diatas baki steril atau desinfeksi tingkat tinggi atau dengan menggunakan “Daerah Aman” yang sudah ditentukan (daerah khusus untuk meletakkan dan mengambil peralatan tajam).
- (b) Hati-hati saat melakukan penjahitan agar terhindar dari luka tusuk secara tak sengaja.
- (c) Gunakan pemegang jarum dan pinset pada saat menjahit. Jangan pernah meraba ujung atau memegang jarum jahit dengan tangan.
- (d) Jangan menutup kembali, melengkungkan, mematahkan atau melepaskan jarum yang akan dibuang.
- (e) Buang benda-benda tajam dalam wadah tahan bocor dan segel dengan perekat jika sudah dua pertiga jam penuh. Jangan memindahkan benda-

benda tajam yang sudah disegel tadi harus dibakar didalam insinerator.

- (f) Jika benda-benda tajam tidak bisa dibuang secara aman dengan cara insenerasi, bilas tiga kali dengan larutan klorin 0,5% (Dekontaminasi), tutup kembali menggunakan teknik satu tangan dan kemudian kuburkan.
- (g) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan (termasuk pengelolaan sampah secara benar).

(Wiknjosastro, 2008:16-33).

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukannya pengobatan, seperti hepatitis dan HIV/AIDS (Asuhan Persalinan Normal, 2008).

4. Pencatatan

Catat semua hasil asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Apabila asuhan tidak dicatat, dapat

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

5. Rujukan

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

kasus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir (Asuhan Persalinan Normal, 2008). Jika timbul masalah pada saat persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kali sulit untuk melakukan secara cepat. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) yaitu pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawa pasilitas rujukan.

A (Alat) yaitu bawa pelengkapan dan bahan bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ketempat rujukan.

K (Keluarga) beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu di rujuk.

S (Surat) berikan surat ke tempat rujukan.surat ini berisi identifikasi mengenai ibu dan BBL.

O (Obat) bawa obat-obatan esensia pada saat mengantar ibu ke pasilitas rujukan.

K (Kendaraan) siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu.

U (Uang) ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli keperluan lainnya.

Da (Darah) persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan (Mika, 2016:67).

2.1.3 KONSEP DASAR MASA NIFAS

A. Pengertian

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium disebut puerpura. Perperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal. (Eny, dkk, 2010:1)

B. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

Keajaiban tubuh seorang wanita dapat dibuktikan dengan perubahan ukuran rahim (uterus) dari 60 gram pada masa sebelum hamil menjadi perlahan-lahan mencapai 1 kg.

Perubahan alat genital yang berangsur pulih ke keadaan semula ini disebut dengan involusi.

a. Involusi Uterus

Involusi terjadi karena masing-masing sel menjadi lebih kecil karena cytoplasma yang berlebihan dibuang. Involusi

disebabkan oleh proses autolisis pada mana zat protein dinding rahim dipecah, diabsorpsi, dan dibuang dengan air kencing.

Proses dalam involusi uterus adalah sebagai berikut:

- a) Autolysis, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterine. Enzyme proteolitik yang memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebih lebar dari semua selama kehamilan
- b) Terdapat polymorph phagolitik dan macrophages di dalam system vaskuler dan limfask
- c) Efek oksitosin, menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan mengokompes pembuluh darah yang menyebabkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

Tabel 2.4
Perubahan Uterus Masa Nifas

NO	Waktu involusi	TFU	Berat uterus	Masa nifas	Palpasi serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu minggu	Pertengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
4.	Dua minggu	Tidak teraba di atas simfisis	300 gram	5cm	1 cm
5.	Enam minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Mochtar,2015:18

b. Involusi Tempat Plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira besarnya setelapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2cm.

c. Lokhea

Tabel 2.5
Macam-Macam Lokhea

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (kruenta)	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa meconium. Lokhea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tinggalnya sisa atau selaput plasenta
Sanginolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Lokhea serosa dan alba yang berlanjut bias menandakan adanya endometritis, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen
Alba	>14 hari berlangsung 2-6 postpartum	Putih	Mengandung leukosit, sel, desidua, dan sel epitel, selaput lendir serviks serta serabut jaringan yang mati.
Lokhea purulenta			Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lokheastasis			Lokhea tidak lancar keluar

Sumber: Pitriani dkk, 2014: 62

d. Serviks dan Vagina

Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari. Pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Selain itu, disebabkan hiperplasi ini dan retraksi serta sobekan serviks menjadi sembuh. Namun, setelah involusi selesai ostium eksternum tidak dapat serupa seperti sebelum hamil. Vagina yang sangat diregang waktu persalinan lambat laun mencapai ukuran-ukurannya yang normal pada minggu ke 3 postpartum rugae mulai nampak kembali. (Vita,;118-120)

2. Perubahan System Perkemihan

Pelvis, ginjal, dan ureter yang meregang dan berdilatasi selama hamil kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Pemeriksaan sistotopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak saja edema dan hyperemia dinding kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasasi darah pada submukosa. Kurang lebih 40 % wanita nifas mengalami protenurin yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum.

3. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

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 ke belakang dan menjadi retrofleksi.

4. Perubahan Sistem Mendokrin

a. Hormon Plasenta

Selama periode postpartum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan.

Penurunan hormon Human Placental Lactogen (HPL) estrogen, dan progesteron serta plasental enzyme insulinase membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada nifas. Ibu diabet biasanya membutuhkan insulin dalam jumlah yang jauh lebih kecil selama beberapa hari. Alasannya, perubahan hormon normal ini membuat masa nifas menjadi suatu periode transisi untuk metabolisme karbohidrat, interpretasi tes toleransi glukosa lebih sulit pada saat ini.

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10 % dalam 3 jam hingga hari ke - 7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 postpartum.

b. Hormon Pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanitanya tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hormon Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal serta pengeluaran air susu.

d. Hipotalamik Pituitari Ovarium

Di antara wanita laktasi sekitar 15 % memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45 % setelah 12 minggu , sedangkan wanita yang tidak laktasi 40 % menstruasi setelah 6 minggu .

655 setelah 12 minggu dan 905 setelah 24 minggu.

Umumnya, wanita laktasi 80 % menstruasi pertama anovulasi dan untuk eng wanita yang tidak laktasi 50 % siklus pertama anovulasi. (Vita, :123-125)

5. Perubahan Tanda-Tanda Vital

a. Suhu

Dalam 24 jam postpartum suhu akan naik sekitar 37°C - 38°C yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan. Hari ke-3 suhu akan naik lagi karena proses pembentukan ASI payudara menjadi bengkak, berwarna merah. Peningkatan suhu bisa juga disebabkan karena infeksi pada endometrium mastitis, infeksi tractus urogenitalis. Kita harus mewaspadaai bila suhu lebih dari 38°C dalam 2 hari berturut-turut pada 1 hari pertama post partum dan suhu harus terus diobservasi minimal 4 kali sehari.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa berkisar 60- 80 kali permenit. Setelah persalinan denyut nadi menjadi lebih cepat. Denyut nadi yang cepat ($+100\text{x/menit}$) biasa disebabkan karena infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda.

c. Pernapasan

Pernapasan selalu terkait dengan kondisi suhu dan denyut nadi. Apabila nadi dan suhu tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali pada kondisi gangguan saluran pernapasan. Umumnya, respirasi cenderung lambat atau normal karena ibu dalam kondisi pemulihan. Bilaminggu.

respirasi cepat >30 per menit mungkin diikuti oleh tanda-tanda shock .

d. Tekanan Darah

Tekanan darah relatif rendah karena ada proses kehilangan darah karena persalinan. Tekanan darah yang tinggi mengindikasikan adanya pre eklamsi post partum. Biasanya, tekanan darah normal yaitu <140/90 mmHg. Namun, dapat mengalami peningkatan dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum.

6. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Segera setelah bayi lahir, kerja jantung mengalami peningkatan 80 % lebih tinggi daripada sebelum persalinan karena autotransfusi dari uteroplacenter. Resistensi pembuluh perifer meningkat karena hilangnya prosesuteroplacenter dan kembali normal setelah 3 minggu.

7. Perubahan Sistem Hematologi

Jumlah kehilangan darah yang normal dalam persalinan:

- a. Persalinan pervaginam : 300-400 ml
- b. Persalinan section secaria: 1000 ml 127
- c. Histerektomi secaria: 1500 ml

Total volume darah kembali normal dalam waktu 3 minggu postpartum. Jumlah sel darah putih akan meningkat terutama

pada kondisi persalinan lama berkisar 25000-30000.
(Vita,:125-128)

C. Perubahan Psikologi Masa Nifas

1. Adaptasi Psikologis Ibu dalam Masa Nifas

Pada primipara, menjadi orangtua merupakan pengalaman tersendiri dan dapat menimbulkan stress apabila tidak ditangani dengan segera. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain adalah sebagai berikut:

a. Fase Taking In

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu.

Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan

psikologis berupa : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

b. Fase Taking Hold

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Penuhi kebutuhan ibu tentang cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan luka jalan lahir, mobilisasi postpartum, senam nifas, nutrisi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain

c. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri Ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan

istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

2. Postpartum Blues (Baby Blues)

Postpartum blues merupakan perasaan sedih yang dialami oleh seorang ibu berkaitan dengan bayinya. Biasanya muncul sekitar 2 hari sampai 2 minggu sejak kelahiran bayi. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya.

3. Depresi Post Partum

Kesedihan atau kemurungan yang dialami ibu pada masa nifas merupakan hal yang normal. Keadaan ini disebabkan wanita selama kehamilan dan setelah bayi lahir. Seorang ibu primipara lebih beresiko mengalami kesedihan atau kemurungan postpartum karena ia belum mempunyai pengalaman dalam merawat dan menyusui bayinya. Kesedihan atau kemurungan yang terjadi pada awal masa nifas merupakan hal yang umum dan akan hilang sendiri dalam dua minggu sesudah melahirkan setelah ibu melewati proses adaptasi.

4. Respon Antara Ibu dan Bayi Setelah Persalinan

a. Touch (sentuhan)

Sentuhan yang dilakukan ibu pada bayinya seperti membelai-belai kepala bayi dengan lembut, mencium bayi, menyentuh

wajah dan ekstremitas, memeluk dan menggendong bayi, dapat membuat bayi merasa aman dan nyaman

b. Eye To Eye Contact (Kontak Mata)

Bayi baru lahir dapat memusatkan perhatian pada suatu obyek, satu jam setelah kelahiran pada jarak sekitar 20-25 cm, dan dapat memusatkan pandangan sebaik orang dewasa pada usia sekitar 4 bulan. Kontak mata antara ibu dan bayinya harus dilakukan sesegera mungkin setelah bayi lahir.

c. Odor (Bau Badan)

Begitu dilahirkan, indra penciuman bayi sudah berkembang dengan baik dan sangat berperan dalam nalurinya untuk mempertahankan hidup. Oleh karena itu ketika dilakukan IMD (inisiasi Menyusui Dini), kedua telapak tangan bayi tidak boleh dibersihkan agar bau air ketuban yang ada di tangan tersebut tetap terjaga dan menjadi panduan bagi bayi untuk menemukan puting susu ibunya.

d. Body Warm (Kehangatan Tubuh)

Bayi baru lahir sangat mudah mengalami hypothermi karena tidak ada lagi air ketuban yang melindunginya dari perubahan suhu yang terjadi secara ekstrim di luar uterus. Jika tidak ada komplikasi yang serius pada ibu dan bayi selama proses persalinan, bayi dapat diletakkan di atas perut ibu segera setelah dilakukan pemotongan tali pusat. Kontak antara ibu

dan bayi yang dilakukan segera setelah lahir ini dikenal dengan istilah Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

e. Voice (Suara)

Sistem pendengaran janin sudah mulai berfungsi pada usia sekitar 30 minggu atau memasuki trimester ketiga kehamilan. Sejak dilahirkan, bayi dapat mendengar suara- suara dan membedakan nada, meskipun suara-suara tersebut terhalang selama beberapa hari oleh cairan amnion dari rahim yang melekat pada telinga.

f. Entrainment (gaya bahasa)

Bayi baru lahir mulai membedakan dan menemukan perubahan struktur bicara dan bahasa dari orang-orang yang berada di sekitarnya.

g. Biorhythmic (Irama Kehidupan)

Di dalam rahim janin belajar menyesuaikan diri dengan irama alamiah ibunya, seperti detak jantung. Selama lebih kurang 40 minggu di dalam rahim, janin terbiasa mendengar suara detak jantung ibu. (Dewi,2014:31-38)

D. Tahap Masa Nifas

Nifas di bagi menjadi 3 tahap:

1. Puerperium dini

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

2. Puerperium intermedial

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

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bias berminggu-minggu, bulanan , tahunan. (Eni,dkk,2010:3-4)

E. Komplikasi Pada Masa Nifas

1. Perdarahan Pervaginam

Pendarahan pervaginam yang melebihi 500ml setelah bersalin didefinisikan sebagai pendarahan pasca persalinan.

Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

- a. Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau

dengan urine, Darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain didalam ember dan dilantai

b. Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar haemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia.

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

c. Pendarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat diperkirakan akan terjadinya pendarahan pasca persalinan. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden pendarahan Pasca persalinan akibat atonia uteri. Semua ibu pasca bersalin harus dipantau dengan ketat untuk mendiagnosis perdarahan fase persalinan.

2. Infeksi Masa Nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan.

Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi AKI.

Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinaria, payudara dan pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum

infeksi dapat dilihat dari temperature atau suhu pembengkakan takikardi dan malaise.

- a. Penyebab infeksi : bakteri endogen dan bakteri eksogen
- b. Faktor predisposisi : Nutrisi yang buruk, defisiensi zat besi, persalinan lama, rupture membran, epiotomi SC
- c. Gejala klinis : endometritis tampak pada hari ke 3 post partum disertai dengan suhu yang mencapai 39 derajat celcius dan takikardi, sakit kepala, kadang juga terdapat uterus yang lembek.
- d. Manajemen : ibu harus diisolasi

3. Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik dan Penglihatan Kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur.

4. Pembengkakan di wajah atau Ekstremitas

- a. Periksa adanya varises
- b. Periksa kemerahan pada betis
- c. Periksa apakah tulang kering, pergelangan kaki, kaki oedema (perhatikan adanya oedema pitting)

5. Demam, Muntah, Rasa Sakit Waktu Berkemih

Organisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih berasal dari flora normal perineum. Sekarang terdapat bukti bahwa beberapa galur E Colin memiliki pili yang meningkatkan virulensinya. Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih

terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomy yang lebar, laserasi perineum atau hematoma dinding vagina.

6. Payudara yang Berubah Menjadi Merah, Panas, dan Terasa Sakit

Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, akhirnya terjadi mastitis. Puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak. BH yang terlalu ketat, mengakibatkan segmental engorgement.

7. Kehilangan Nafsu Makan

Sesudah anak lahir ibu merasa lelah mungkin juga lemas karena kehabisan tenaga. Hendaknya lekas berikan minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula. Apabila ibu menghendaki makanan, berikanlah makanan yang sifatnya ringan walaupun dalam persalinan lambung dan alat pencernaan tidak langsung turut mengadakan proses persalinan, tetapi sedikit atau banyak pasti dipengaruhi proses persalinannya. Sehingga alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaannya kembali

8. Rasa Sakit, Merah, Lunak dan Pembengkakan di Kaki

Selama masa nifas dapat terbentuk trhombus sementarapada vena-vena manapun di pelvis mengalami diatasi dan mungkin lebih sering mengalaminya.

Faktor predisposisi :

- a) Obesitas
- b) Peningkatan umur meternal dan tingginya paritas
- c) Riwayat sebelumnya mendukung
- d) Anestesi dan pembedahan dengan kemungkinan trauma yang lama pada keadaan pembuluh vena
- e) Anemia meternal
- f) Hypotermi dan penyakit jantung
- g) Endometritis
- h) Varicostitis
- i) Manifestasi timbul secara akut
- j) Timbul rasa nyeri akibat terbakar
- k) Nyeri tekan permukaan

9. Merasa Sedih atau Tidak Mampu Mengasuh Sendirinya Bayinya atau Dirinya Sendiri

Pada minggu-minggu awal setelah persalinan kurang lebih 1 tahun ibu post partum cenderung akan mengalami perasaan-perasaan yang tidak umumnya seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya.

Factor penyebab :

- a. Kekecewaan emosional yang mengikuti kegiatan bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita selama hamil dan melahirkan
- b. Rasa nyeri pada awal masa nifas
- c. Kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan telah melahirkan kebanyakan di rumah sakit
- d. Kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit
- e. Ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi.

(Nurrezki,dkk,2014)

F. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1. Gizi

Nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa.

a. Sumber tenaga (energy)

Untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang, protein

dapat digunakan sebagai cadangan untuk memenuhi kebutuhan energy).

b. Sumber pembangun (protein)

Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang rusak atau matal. Protein dari makanan harus diubah menjadi asam amin sebelum diserap oleh sel mukosa usus dan dibawa kehati melalui pembuluh darah vena portae. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting daging ayam, hati, telur, susu dan keju) dan protein nabati (kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu, dan tempe).

c. Sumber pengatur dan pelindung (mineral, vitamin dan air)

Unsur - unsur tersebut digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancrana metabolisme dalam tubuh.

a) Jenis-jenis mineral penting

- a. Zat kapur
- b. Fosfor
- c. Zat besi
- d. Yodium
- e. Kalsium

b) Jenis-jenis vitamin:

- a. Vitamin A
- b. Vitamin B 1 (thiamin)
- c. Vitamin B 2 (riboflavin)
- d. Vitamin B3 (niacin)
- e. Vitamin B6(pyridoksin)
- f. Vitamin B12 (cynocobalamin)
- g. Folic acid
- h. Vitamin C
- i. Vitamin D
- j. Vitamin K (Eni,dkk, 2010:97-98)

2. Ambulasi dini

Disebut early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungan early ambulation adalah:

- a. Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik
- c. Dapat memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau merawat atau memelihara anaknya, memandikan dll selama ibu masi dalam perawatan. (Eni,dkk, 2010:98-99)

3. Eliminasi

a. Miksi

Disebut normal bila dapat buang air kecil spontan 3-4 jam.

Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan:

a) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien

b) Mengompres air hangat diatas simfisis

b. Defekasi

Biasanya 2-3 hri post partum masih sulit buang air besar.

Jika klien pada hari ke 3 belum juga buang air besar maka akan diberikan laksan supositoria dan minum air hangat.

Agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, dan olahraga

c. Kebersihan diri

1) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air bear atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan air bersih. Biasanya ibu merasa takut pada

kemungkinan jahitanya akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci.

Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya

mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari

2) Perawatan payudara

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

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

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

d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam. (Eni,dkk, 2010:99-105)

4. Istirahat

Kebahagiaan setelah melahirkan membuat sulit istirahat. Seorang ibu baru akan cemas apakah ia mampu merawat anaknya atau tidak. Anjurkan ibu supaya istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga perlahan-lahan serta tidur siang atau

beristirahat selama bayi tidur. kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. (Eni,dkk, 2010:106-107)

5. Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bias dilakukan pada 3-4 minggu post partum. Hasrat seksual pada bulan pertama akan berkurang baik kecepatannya maupun lamanya, juga orgasmepun akan menurun. Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri. (Eni,dkk, 2010:108)

6. Keluarga berencana

- a) Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya.
- b) Biasanya ibu post partum tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki,

oleh karena itu amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan.

c) Sebelum menggunakan metode KB, hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu kepada ibu meliputi:

a. Bagaimana metode ini dapat mencegah kehamilan serta metodenya

b. Kelebihan dan keuntungan

c. Efek samping

d. Kekurangannya

e. Bagaimana memakai metode itu

f. Kapan metode itu dapat mulai digunakan untuk wanita pasca persalinan yang menyusui

d) Jika pasangan memilih KB tertentu, ada baiknya untuk bertemu dengannya lagi dalam dua minggu untuk mengetahui apakah ada yang ingin ditanyakan oleh ibu atau pasangan dan untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik. (Eni,dkk, 2010:109-114)

G. Kunjungan Masa Nifas

1. Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu:

a) Pertama: 6 jam – 3 hari setelah melahirkan.

b) Kedua: hari ke 4 – 28 hari setelah melahirkan.

c) Ketiga hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan.

2. Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi:

- a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
- b) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi
- c) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
- d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
- e) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
- f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
- g) Pemberian Kapsul Vit. A
- h) Pelayanan kontrasepsi Pasca Persalinan
- i) Konseling
- j) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
- k) Memberikan nasihat yaitu:
 - 1) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
 - 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
 - 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.

- 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
- 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- 7) Perawatan bayi yang benar.
- 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.
- 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- 10) Untuk konsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan. (Kemenkes RI Buku KIA, 2015:13)

3. Jadwal kunjungan nifas

- 1) Kunjungan I (6 jam-3 hari)
- 2) Kunjungan II (4-28 hari)
- 3) Kunjungan III (29-42 hari) (Kemenkes, buku KIA, 2015: 26).

H. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).
2. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras.
3. Rasa nyeri pada perut bagian bawah atau punggung.
4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, atau masalah penglihatan.
5. Pembengkakan pada wajah dan tangan demam, muntah, rasa sakit pada saat buang air seni, atau merasa tidak enak badan.
6. Payudara yang memerah, panas, atau sakit.
7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
8. Rasa sakit, warna merah, kelembutan atau pembengkakan pada kaki.
9. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus dirinya sendiri dan bayinya.
10. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah (Pitriani, 2014).

I. Cara Menyusui Yang Benar

Menurut Marmi (2015:58-62) Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu memperkuat reflek menghisap bayi

Posisi

- 1) Posisi madona atau menggendong : bayi berbaring menghadap ibu, leher dan punggung atas bayi diletakkan pada lengan bawah lateral payudara. Ibu menggunakan tangan lainnya untuk memegang payudara jika diperlukan
- 2) Posisi football atau mengepit bayi berbaring atau punggung melingkar antara lengan dan samping dada ibu. Lengan bawah dan lengan ibu menyangga bayi, dan ia menggunakan tangan sebelahnya untuk menyangga payudara jika diperlukan
- 3) posisi berbaring miring : ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan. Posisi ini merupakan posisi yang paling aman bagi ibu yang mengalami penyembuhan dari proses persalinan melalui pembedahan

Tahap tata laksana menyusui

- 1) Posisi badan ibu dan badan bayi
 - a. Ibu harus duduk atau berbaring dengan santai
 - b. Pegang bayi pada belakang bahunya, tidak pada dasar kepala

- c. Putar seluruh badan bayi sehingga menghadap ke ibu
- d. Rapatkan dada bayi dengan dada ibu atau bagian bawah payudara ibu
- e. Tempelkan dagu bayi pada payudara ibu
- f. Dengan posisi ini maka telinga bayi akan berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi
- g. Jauhkan hidung bayi dari payudara ibu dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu bagian dalam

2) Posisi mulut bayi dan puting susu ibu

- a. Keluarkan ASI sedikit oleskan pada puting susu dan areola
- b. Pegang payudara dengan pegangan seperti membentuk huruf C yaitu payudara dipegang dengan ibu jari dibagian atas dan jari yang lain menopang dibawah atau dengan pegangan seperti gunting (puting susu dan areola dijepit oleh jari telunjuk dan jari tengah seperti gunting) dibelakang areola
- c. Sentuh pipi atau bibir bayi untuk merangsang rooting refleks (refleks menghisap)
- d. Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar, dan lidah menjulur kebawah

- e. Dengan cepat dekatkan bayi kepayudara ibu dengan menekan bahu belakang bayi bukan kepala bayi
- f. Posisikan puting susu diatas bibir atas bayi dan berhadapan dengan hidung bayi
- g. Kemudian arahkan puting susu keatas menyusuri langit-langit mulut bayi.
- h. Usahakan sebagian besar areola masuk kemulut bayi, sehingga puting susu berada diantara pertemuan langit-langit yang keras (palatum durum) dan langit-langit yang lunak (palatum molle)
- i. Lidah bayi akan menekan dinding bawah payudara dengan gerakan memerah sehingga ASI akan keluar
- j. Setelah bayi menyusui atau menghisap dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lagi
- k. Beberapa ibu sering meletakkan jarinya pada payudara dengan hidung bayi dengan maksud untuk memudahkan bayi bernafas. Hal ini tidak perlu karena hidung bayi telah dijauhkan dari payudara dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu.
- l. Dianjurkan tangan ibu yang bebas untuk mengelus-ngelus bayi.

Tanda-Tanda Posisi Bayi Menyusu Dengan Baik

- 1) Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu

- 2) Dagubayi menempel pada payudara ibu
- 3) Dadubayi menempel pada dada ibu yang berada didasar payudara (payudara bagian bawah)
- 4) Telingabayi berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi
- 5) Mulut bayi terbuka lebar dengan bibir bawah yang terbuka
- 6) Hidung bayi mendekati kadang-kadang menyentuh payudara ibu
- 7) Mulut bayi mencakup sebanyak mungkin areola (tidak hanya puting saja), sehingga sebagian besar areola tidak tampak
- 8) Lidah bayi menopang puting susu dan areola bagian bawah
- 9) Bibir bawah bayi melengkung keluar
- 10) Bayimenghisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang-kadang disertai berhenti sesaat
- 11) Terkadang terdengar suara bayi menelan
- 12) Bayipuas dan tenang pada akhir menyusui
- 13) Puting susu tidak terasa sakit atau lecet

Menciptakan Praktek Menyusui Yang Baik

- 1) Posisi yang benar
- 2) Perlekatan harus benar

- 3) Tidak diberi botol atau empeng
- 4) Menghisap sesering mungkin meningkatkan produksi ASI
- 5) Perlihatkan cara menyusui yang efektif.

2.1.4. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga neonatus, bayi baru lahir adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu mampu hidup di luar kandungan dan berat badan 2500-4000 gram. (Dewi dkk, 2010; h.1)

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

B. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

1. Berat badan 2500-4000 grm
2. Panjang badan 48-52 cm
3. Lingkar dada 30-38 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm

5. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
6. Pernafasan \pm 40-40 kali/menit
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub cutan cukup
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genetalia :
 - a. Perempuan labia mayora menutupi labia minora,
 - b. Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
11. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
13. Reflek grasps atau menggenggam sudah baik
14. Reflek rotting mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik
15. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan
16. Tanda APGAR SKOR

Penilaian APGAR didasarkan pada lima aspek yaitu usaha bernafas, frekuensi jantung, reaksi terhadap rangsangan, tonus otot, dan warna kulit. Tes APGAR dilakukan 3 kali pada menit pertama, menit ke-5, dan menit ke-10 setelah bayi lahir. Tes ini memberikan skor 0 sampai

2 pada setiap pemeriksaan. Nilai 0 untuk keadaan yang buruk, nilai 1 berarti normal, dan 2 berarti baik (Yunisa, 2010:66).

Tabel 2.6
Penilaian APGAR SKOR

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

Sumber : *American Academy Of Pediatric* . 2010:23

Interprestasi:

1. Nilai 1-3 asfiksia berat
2. Nilai 4-6 asfiksia sedang
3. Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dwienda R, dkk,2014:5-6)

C. Periode Transisi Bayi Baru Lahir

Masa transisi ini mencerminkan suatu kombinasi respons simpatik terhadap tekanan persalinan (tachypnea, tachycardia) dan respons parasimpatik (sebagai respons yang diberikan oleh kehadiran mucus, muntah, dan gerak peristaltic).

Periode transisi dibagi menjadi 3, yaitu

1. Reaktivitas I (The First Period of Reactivity)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit.

Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara sianosis atau akrosianosis.

Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis terkejut atau terpaku. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan.

Beberapa bayi akan disusui selama periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit.

Bunyi usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltic hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik.

Lebih jelas dapat dilihat karakteristiknya, yaitu:

- 1) Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut: frekuensi nadi yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan

pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendengkuir serta adanya retraksi.

- 2) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis.
- 3) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.
- 4) Bayi baru lahir mempunyai sedikit jumlah mukus, menangis kuat, refleks hisap yang kuat. Tips khusus, selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama daripada hari-hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk memulai proses periode perlekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama.

2. Fase Tidur (Period of Unresponsive Sleep)

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat pernapasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin, bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya.

Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar uterin.

3. Periode Reaktivitas II (The Second Period of Reactivity)

/Transisi ke-III

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernapasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal. Neonatus mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan susu bersama mucus. Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya. Setia mucus yang terdapat selama pemberian makan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti esofagial atresia, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan perlu ditunda, sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh. (Wayan,dkk,2017:2-4)

D. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan usia kehamilan
 - a) Neonatus kurang bulan (Petern Infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu).

- b) Neonatus cukup bulan (Term Infant) : 259 sampai 294 hari (37-42 minggu).
- c) Neonatus lebih bulan (Postterm 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, 2010:46)

3. Menurut berat lahir terhadap masa gestasi

- 1) Neonates cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
- 2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK) (Muslihatun, 2010: 27).

E. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Adaptasi ekstra uteri yang terjadi cepat

a. Perubahan pernafasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu,

serta mekan bayi memulai aktivasi nafas untuk pertama kali is akhirnya.

Tekanan intratoraks yang negatif disertai dengan aktivasi napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara.

b. Perubahan Sirkulasi

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya.

Sirkulasi janin memiliki karakteristik sirkulasi bertekanan rendah. Karena paru-paru adalah organ tertutup yang berisi cairan, maka paru-paru memerlukan aliran darah yang minimal, Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru-paru mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri yang disebut foramen ovale. Darah yang kaya akan oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus.

c. Termoregulasi

Sesaat sesudah bayi lahir ia akan berada ditempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila dibiarkan saja dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konversi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit.

Berikut adalah penjelasan mengenai konveksi, konduksi, radiasi, dan evaporasi:

a) Konveksi

Hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara di sekeliling bayi, misal BBL diletakkan dekat pintu atau jendela terbuka.

b) Konduksi

Pindahanya panas tubuh bayi karena kulit bayi langsung kontak dengan permukaan yang lebih dingin, misalnya popok atau celana basah tidak langsung diganti.

c) Radiasi

Panas tubuh bayi memancar ke lingkungan sekitar bayi yang lebih dingin, misal BBL diletakkan di tempat dingin.

d) Evaporasi

Cairan/air ketuban yang membasahi kulit bayi dan menguap, misalnya bayi baru lahir tidak langsung dikeringkan dari air ketuban

2. Adaptasi ekstra uteri yang terjadi secara kontinu

a. Perubahan pada darah

1) Kadar hemoglobin (Hb)

Bayi dilahirkan dengan kadar Hb yang tinggi.

Konsentrasi Hb normal dengan rentang 13,7-20 gr % .

Hb yang dominan pada bayi adalah hemoglobin F yang secara bertahap akan mengalami penurunan selama 1

bulan. Hb bayi memiliki daya ikat (afinitas) yang tinggi terhadap oksigen, hal ini merupakan efek yang menguntungkan bagi bayi.

Selama beberapa hari kehidupan, kadar Hb akan mengalami peningkatan sedangkan volume plasma menurun. Akibat penurunan

volume plasma tersebut maka kadara hematokrit (Ht) mengalami peningkatan. Kadar Hb selanjutnya akan

mengalami penurunan secara terus-menerus selama 7-9

minggu. Kadar Hb bayi usia 2 bulan normal adalah 12

gr % 2)

2) Sel darah merah

Sel darah merah bayi baru lahir memiliki usia yang sangat singkat (80 hari) jika dibandingkan dengan orang dewasa (120 hari). Pergantian sel yang sangat cepat ini akan menghasilkan lebih banyak sampah metabolik, termasuk bilirubin yang harus dimetabolisme. Kadar bilirubin yang berlebihan ini menyebabkan ikterus fisiologis yang terlihat pada bayi baru lahir, oleh karena itu ditemukan hitung retikulosit yang tinggi pada bayi baru lahir, hal ini mencerminkan adanya pembentukan sel darah merah dalam jumlah yang tinggi.

3) Sel darah

Jumlah sel darah putih rata-rata memiliki rentang mulai dari 10.000-30.000/mm². Peningkatan lebih lanjut dapat terjadi pada bayi baru lahir normal selama 24 jam pertama kehidupan. Periode menangis yang lama juga dapat menyebabkan hitung sel darah putih meningkat.

b. Perubahan pada Sistem Gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Refleks muntah dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan

dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan "gumoh" pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan, dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya.

c. Perubahan pada Sistem Imun

Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi. Berikut beberapa contoh kekebalan alami:

1. Perlindungan dari membran mukosa.
2. Fungsi saringan saluran napas.
3. Pembentukan koloni mikroba dikulit dan usus.
4. Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

d. Perubahan Pada Sistem Ginjal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus tidak matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain.

Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urin dengan baik, tercermin dari berat jenis urine (1,004) dan osmolalitas urine yang rendah, Semua kebatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan. BBL mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml.

e. Perlindungan Termal

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk meminimalkan kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

1. Hangatkan dahulu setiap selimut, topi, pakaian dan kaos kaki bayi sebelum kelahiran.
2. Segera keringkan BBL
3. Hangatkan dahulu area resusitasi BBL.
4. Atur suhu ruangan kelahiran pada suhu 24 °C.
5. Jangan lakukan pengisapan pada bayi baru lahir di atas alas tempat tidur yang basah
6. Tunda memandikan BBL sampai suhunya stabil selama 2 jam atau lebih
7. Atur agar ruangan perawatan bayi baru lahir jauh dari jendela, pintu, lubang ventilasi atau pintu keluar
8. Pertahankan kepala bayi baru lahir tetap tertutup dan badannya dibedong dengan baik selama 48 jam pertama.

f. Pemeliharaan Pernafasan

1) Stimulasi taktil

Realisasi dari langkah ini adalah dengan mengeringkan badan bayi segera setelah lahir dan melakukan masase pada punggung. Jika observasi nafas bayi belum maksimal, lakukan stimulasi pada telapak kaki dengan menjepitkan ujung jari penolong.

2) Mempertahankan suhu hangat untuk bayi

Suhu yang hangat akan sangat membantu menstabilkan upaya bayi dalam bernafas. Letakkan bayi diatas tubuh pasien yang tidak ditutupi kain (dalam keadaan telanjang), kemudian tutupi keduanya dengan selimut yang dihangatkan terlebih dahulu. Jika ruangan ber AC, sorotkan lampu penghangat kepada pasien dan bayinya.

3) Menghindari prosedur yang tidak perlu

Ketika melakukan perawatan bayi lahir, hindari prosedur yang sebenarnya tidak perlu seperti:

- a) Menghisap lendir yang ada disaluran napas bayi, padahal bayi sudah berhasil menangis dan melakukan napas pertamanya
- b) Melakukan stimulasi taktil yang berlebihan, menampar pipi bayi baru lahir
- c) Memandikan bayi segera setelah lahir

d) Melakukan pemeriksaan fisik kepada bayi dalam satu jam pertama kelahiran. Sebaiknya biarkan bayi diatas perut pasien untuk melakukan IMD dan menstabilkan suhu tubuhnya melalui radiasi panas tubuhnya.

g. Pemotongan tali pusat

Pemotongan tali pusat menyebabkan pemisahan fisik terakhir antar ibu dan bayi. Waktu pemotongan tali pusat tergantung dari pengalaman seorang ahli kebidanan.

Pemotongan sampai denyut nadi tali pusat terhenti dapat dilakukan pada bayi normal, sedangkan pada bayi gawat (higt risk baby) perlu dilakukan pemotongan tali pusat secepat mungkin agar dapat dilakukan resusitasi sebaik-baiknya.

Bahaya lain yang ditakutkan ialah bahaya infeksi. Untuk menghindari infeksi tali pusat yang dapat menyebabkan sepsis, meningitis, dll, maka di tempat pemotongan, di pangkal tali pusat, serta 2,5 cm di sekitar pusat diberi obat antiseptic. Selanjutnya tali pusat dirawat dalam keadaan steril/ bersih dan kering.

1) Penjepitan tali pusat segera setelah bayi lahir

Praktik ini umumnya di dukung oleh komunitas obstetric, namun tidak digunakan di beberapa Negara.

Para pendukung praktik ini mengkhawatirkan adanya efek samping bayi jika penjepitan tali pusat ditunda seperti adanya gawat pernapasan, polisitemia sindrom hiperviskositas dan hiperbilirubinemia.

2) Penundaan penjepitan tali pusat

Beberapa keuntungan penjepitan tali pusat antar lain:

- a) Berlanjutnya bolus/aliran darah teroksigenasi selama nifas pertama tidak teratur
- b) Volume yang besar meningkatkan perfusi kapiler-kapiler paru-paru
- c) Pencapaian oksigen adekuat yang lebih cepat membuat penutupan struktur janin seperti duktus arteriosus.

3) Mengikat tali pusat

Setelah dipotong, tali pusat menggunakan benang dengan kuat. Namun dengan perkembangan teknologi, pengikatan tali pusat saat ini dilakukan dengan menggunakan penjepitan untuk satu kali pakai sampai dengan tali pusat lepas. Penjepit ini biasanya terbuat dari plastic dalam kemasan steril dari pabrik.

Pengikatan dilakukan dijarak 2,5 cm dari umbilicus.

(Elisabeth, dkk, 2016 :119-133)

F. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapat dari perubahan karbonidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi,2012:199). Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgbb/hari. secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal,kg BB/hari (Marmi,2012). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.7 sebagai berikut:

Tabel 2.7
Kebutuhan Dasar Cairan Dan Kalori Pada Neonatus

Hari kelahiran	Cairan/Kg/hari	Kalori/Kg/hari
Hari ke 1	60 ml	40 kal
Hari ke 2	70 ml	50 kal
Hari ke 3	80 ml	60 kal
Hari ke 4	90 ml	70 kal
Hari ke 5	100 ml	80 kal
Hari ke 6	110 ml	90 kal
Hari ke 7	120 ml	100 kal
Hari ke 10	150=120 ml	>120 kal

Sumber: Saifuddin, Abdul Bari, 2009:38

2. Eliminasi

pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa

(Marmi,2012:314). Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser dan Cooper,2009:711). Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin ering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Fraser et all,2009:711)

3. Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari (Walsh.2007:378).

4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sumpai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya dapat dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka keudara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok

harus ganti beberapa kali schari ketika basah (Walsh,2007:377-378).

5. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ni terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin,2008:137). Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit perhari sampai sebanya-banyaknya 2 jam perhari,, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidak nyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh,2007:378)

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sennya (Fraser et all,2009:712)hingga didapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin,2010:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsangan dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang linggkungnya (Fraser et all.2009:712)

G. Tanda Bahaya BBL

Menurut Maryunani (2014:150-151) tanda-tanda atau gejala yang harus diwaspadai adalah:

1. Tidak mau minum atau menyusu
2. Bergerak hanya jika dirangsang atau latergis.
3. Frekwensi nafas ≤ 30 x/ menit dan ≥ 260 x/menit
4. Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat
5. Merintih
6. Keluar nanah dari mata
7. Pusat kemerahan meluas kedinding perut.

H. Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

Menurut (Sarwono, 2010:134).

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 2.7
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 mempunyai daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan dirumah sakit setelah lahir:

- a) Hepatitis B untuk mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver) berakhir menjadi sirosis (hati memenciut) dan kanker hati. Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama diberikan minimal 3 kali dalam rentang 6 bulan disuntikan dipaha diberikan tanpa memandang 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 di lengan atas. Umumnya menyerang paru-paru tapi pada anak-anak, penyakit ini

dapat menjalar misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi

I. Kunjungan Bayi Baru Lahir/Nonatus

1. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1)

Kunjungan Neonatus pertama (KN 1) dilakukan 2 kali kunjungan pada usia 0-7 hari setelah lahir. Hal yang dilaksanakan adalah :

- a. Pemberian minum (ASI)
- b. Menjaga kebersihan kulit bayi
- c. Perawatan tali pusat
- d. Mendeteksi tanda-tanda bahaya pada bayi
- e. Kebutuhan istirahat bayi
- f. Imunisasi

(Rukiyah,dkk, 2010:66-82).

2. Kunjungan Neonatal (KN Lengkap)

Kunjungan Neonatal kedua (KN lengkap) dilakukan pada usia 8-28 hari setelah lahir. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu:

- a. Pemeriksaan ada atau tidak tanda bahaya dan gejala sakit
- b. Jaga kehangatan tubuh bayi
- c. Beri ASI eksklusif
- d. Rawat tali pusat (Rukiyah,dkk,2010:82).

2.1. 5 KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA

A. Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim. (Purwoastuti,dkk,2015:183)

B. Jenis-Jenis Metode Kontrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat Kb Alamiah

1) Metode Amenorea Laktasi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan AS saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. MAL atau LAM dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau natural family planning, apabila tidak dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain. Oleh karena itu, selain menggunakan MAL juga harus menggunakan metode kontrasepsi lain seperti metode barrier (diafragma, kondom,

spermisida), kontrasepsi hormonal (suntik, pil menyusui, AKBK) maupun IUD. MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi, apabila:

- 1) Menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila . diberikan minimal 8 kali sehari.
- 2) Belum mendapat haid .
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

a. Cara kerja:

Cara kerja dari MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi.

b. Efektivitas

Efektifitas MAL sangat tinggi sekitar 98 persen apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan sebagai berikut; digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid pasca melahirkan dan menyusui secara eksklusif (tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan).

Efektifitas dari metode ini juga sangat tergantung pada frekuensi dan intensitas menyusui

c. Keterbatasan:

- a) Memerlukan persiapan dimulai 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 Hepatitis B ataupun HIV/AIDS
- d) Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui
- e) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif

d. Yang Dapat menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan (Affandi, 2012:MK-2).

e. Yang Seharusnya Tidak Pakai MAL

- a) Sudah mendapat haid setelah bersalin
- b) Tidak menyusui secara eksklusif
- c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
- d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

(Affandi, 2012:MK-3)

2) Sanggama Terputus (Coitus Interruptus)

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional/ alamiah, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi.

a. Cara Kerja Alat

Kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina, maka tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah. Ejakulasi di luar vagina untuk mengurangi kemungkinan air mani mencapai rahim.

b. Efektifitas

Metode coitus interruptus akan efektif apabila dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Pasangan yang mempunyai pengendalian diri yang besar, pengalaman dan kepercayaan dapat menggunakan metode ini menjadi lebih efektif.

c. Keterbatasan

- a) Sangat tergantung dari pihak pria dalam mengontrol ejakulasi dan tumpahan sperma selama senggama.

- b) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (orgasme).
- c) Sulit mengontrol tumpahan sperma selama penetrasi, sesaat dan setelah interupsi coitus.
- d) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual
- e) Kurang efektif untuk mencegah kehamilan

(Marmi, 2016:125-152)

2. Metode Kontrasepsi Sederhana Menggunakan Alat

1) Kondom

a. Definisi Kondom

Kondom adalah selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai hubung bahan, di antaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muara berpinggir tebal, yang digulung berbentuk rata.

Standar kondom dilihat dari ketebalannya, yaitu 0,02 mm

b. Jenis Kondom

Ada beberapa jenis kondom, di antaranya kondom biasa, kondom berkontur (bergerigi), kondom beraroma, dan kondom tidak beraroma. Kondom untuk pria sudah lazim dikenal, meskipun kondom wanita sudah ada namun belum populer. Kondom berfungsi mencegah sperma

masuk ke saluran reproduksi wanita, sebagai alat kontrasepsi, pelindung terhadap infeksi atau tranmisi mikroorganismen penyebab PMS



Gambar 2.8
Alat Kontrasepsi Kondom
Sumber: www.piscwe.com

c. Efektivitas Kondom

Pemakaian kontrasepsi kondom akan efektif apabila dipakai secara benar setiap kali berhubungan seksual, sedangkan pemakaian kondom yang tidak konsisten menimbulkan ketidakefektifan. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit, yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Indikasi atau manfaat kontrasepsi kondom terbagi dua, antara lain manfaat secara kontrasepsi dan nonkontrasepsi. Secara kontrasepsi, kondom efektif jika pemakaiannya benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik,

murah dan tersedia di berbagai tempat, tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus, dan merupakan metode kontrasepsi sementara.

d. Efek Samping Kondom

Ada beberapa efek samping penggunaan kondom:

- a) Kondom rusak atau bocor sebelum pemakaian
- b) Kondom bocor saat berhubungan
- c) Adanya reaksi alergi
- d) Mengurangi kenikmatan berhubungan seksual

3. Metode Kontrasepsi Modern Hormonal

1) Kontrasepsi hormonal

a. Oral kontrasepsi

1) Pil kombinasi

a. Profil

- a) Efektid dan reversible
- b) Harus di minum setiap hari
- c) Pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang
- d) Efek samping serius sangat jarang terjadi
- e) Dapat dipakai oleh semua ibu usia rproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum

- f) Dapat mulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil
- g) Tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui
- h) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat

b. Jenis

- a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progesterone (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progesterone (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- c) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progesterone (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

c. Cara kerja

- a) Menekan ovulasi
- b) Mencegah implantasi
- c) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma

d) Pergeseran tuba tergantung sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula

d. Keterbatasan

a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari

b) Mual terutama pada 3 bulan pertama

c) Perdarahan atau bercak terutama 3 bulan pertama

d) Pusing

e) Nyeri payudara

f) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif

g) Berhenti haid (amenorea) jarang pada pil kombinasi

h) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (mengurangi ASI)

i) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seks berkurang

j) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga risiko stroke dan gangguan

pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat.

- k) Tidak mencegah IMS (infeksi menular seksual), HBV, HIV/AIDS.



Gambar 2.9
Alat Kontrasepsi Pil
Sumber: Doktersehat.com

- e. Yang dapat menggunakan pil kombinasi
- a) Usia reproduksi
 - b) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak
 - c) Gemuk atau kurus
 - d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
 - e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
 - f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif
 - g) Pasca keguguran

- h) Anemia karena haid berlebihan
- i) Nyeri haid tidak teratur
- j) Siklus haid tidak teratur
- k) Kelainan payudara jinak
- l) Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf
- m) Penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometritis, atau tumor ovarium jinak
- n) Menderita tuber colossi (kecuali yang sedang menggunakan rifampisin)
- o) Varises vena
- f. Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi
 - a) Hamil dicurigai hamil
 - b) Menyusui eksklusif
 - c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
 - d) Penyakit hati akut (hepatitis)
 - e) Perokok dengan usia > 35 tahun
 - f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg
 - g) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun
 - h) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara

- i) Migraine dan gejala neurologic fokal
- j) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari.

2) Kontrasepsi pil progestin

a. Profil

- a) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakain pil KB
- b) Sangat efektif pada masa laktasi
- c) Dosis rendah
- d) Tidak menurunkan produksi ASI
- e) Tidak memberikan efek samping estrogen
- f) Efek samping utama adalah gangguan perdarahan, petdarahan bercak, atau prdarahan tidak teratur
- g) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat

b. Jenis minipil

- a) Kemasan dengan isi 5 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350µg noretindron
- b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75µg desogestrel

c. Cara kerja minipil

- a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid ses di ovarium (tidak begitu kuat)
- b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit

c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma

d) Mengubah mobilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

d. Efektivitas

Sangat efektif (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai lupa satu dua tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare), karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar.

e. Keuntungan kontrasepsi

a) Sangat efektif bila digunakan secara benar

b) Tidak mengganggu hubungan seksual

c) Tidak mempengaruhi ASI

d) Kesuburan cepat kembali

e) Nyaman, mudah digunakan

f) Sedikit efek samping

g) Dapat dihentikan setiap saat

h) Tidak mengandung estrogen

f. Keuntungan nonkontrasepsi

a) Mengurangi nyeri haid

b) Mengurangi jumlah darah haid

c) Menurunkan tingkat anemia

d) Mencegah kanker endometrium

- e) Melindungi dari penyakit radang panggul
 - f) Tidak meningkatkan pembekuan darah
 - g) Dapat diberikan pada penderita endometriosis
 - h) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan dipresi
 - i) Dapat mengurangi keluhan premenstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah)
- g. Keterbatasan
- a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea)
 - b) Peningkatan/penurunan berat badan
 - c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
 - d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat
 - f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan) tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil
 - g) Tidak melindungi dari IMS atau HIV/AIDS
 - h. Yang boleh menggunakan minipil

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak atau belum
- c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
- d) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- e) Pasca keguguran
- f) Perokok segala usia
- g) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama $180/110$ mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah
- h) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.
- i. Yang tidak boleh menggunakan minipil
 - a) Hamil atau diduga hamil
 - b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
 - d) Menggunakan obat tuberkolosis rifampisin, atau obat epilepsy fenitoin dan barbiturate
 - e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
 - f) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus
 - g) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.

b. Suntikan

1) Suntikan kombinasi

a. Pengertian Suntikan kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg depo medroksipro-gestron asetat dan 5 mg estrogen sipionat yang diberikan injeksi IM, sebulan sekali (cyclofem) dan 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estrodiol valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali.

b. Cara kerja

- a) Menekan ovulasi
- b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- c) Perubahan pada endometrium(atrofi) sehingga implantasi terganggu
- d) Menghambat transportasi

c. Efektivitas

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

d. Keuntungan kontrasepsi

- a) Reisko terhadap kesehatan kecil
- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam

- d) Jangka panjang
- e) Efek samping sangat kecil
- e. Kerugian
 - a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari
 - b) Mual sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga
 - c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan
 - d) Sefektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy
 - e) Dapat terjadi efek samping yang serius seperti: jantung. Stroke, bekuan darah pada paru atau otak dan kemungkinan timbulnya tumor hati
 - f) Penambahan berat badan
 - g) Tidak menjamin perlindungan penyakit IMS dan HIV/AIDS
- f. Yang boleh menggunakan suntikan kombinasi
 - a) Usia reproduksi

- b) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak
- c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi
- d) Menyusui ASI pasca persalinan dan tidak menyusui

- e) Anemia
- f) Nyeri haid hebat

- g) Haid teratur
- h) Riwayat kehamilan ektopik

g. Yang tidak boleh menggunakan suntikan kombinasi

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Menyusui dibawah umur 6mgg pasca persalinan
- c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

- d) Penyakit hati akut /hepatitis
- e) Usia>35 tahun yang merokok
- f) Riwayat penyakit jantung, stroke atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg)

g) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun

h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrant

i) Keganasan pada payudara (Affandi, 2012:MK;43-49)

2) Kontrasepsi suntikan progestin

a. Profil

a) Sangat efektif

b) Aman

c) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi

d) Kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan

e) Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI

b. Jenis

a) *Depo medrosiprogesteron asetat (depoprovera)*, mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan disuntik secara IM

b) *Depo norestisteron enantat (depo noristerat)* yang mengandung 200 mg noretidron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik

IM

c. Cara kerja

a) Mencegah ovulasi

- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan strofi
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

d. Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan

e. Keterbatasan

- a) Sering ditemukan gangguan haid, seperti :
 1. Siklus haid memendek atau memanjang
 2. Perdarahan yang banyak atau sedikit
 3. Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak
 4. Tidak haid sama sekali
- b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan)
- c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering

- d) Tidak menjamin perlindungan penularan penyakit IMS (Pinem, 2011:144)



Gambar2.10
Alat Kontrasepsi Suntik

Sumber: <https://arycoloum.wordpress.com>

3) Implant

a. Profil

- a) Efektif 5 tahun untuk norplant, 3 tahun untuk jadena, indoplant atau implanon
- b) Nyaman
- c) Dapat dipakai oleh semua ibu dalam usia reproduksi
- d) Pemasangan dan pencabutan perlu diperhatikan
- e) Kesuburan segera kembali setelah implant dicabut
- f) Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenorea

g) Aman dipakai pada masa laktasi

b. Jenis

a) Norplant : terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4mm yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun

b) Implanon: terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm yang diisi dengan 68 mg 3ketodesogestrel dn lamanya kerjanya 3 tahun

c) Jadena dan indoplant : terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun

c. Cara kerja

a) Lendir serviks menjadi kental

b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

c) Mengurangi transportasi sperma

d) Menekan ovulasi

d. Efektivitas

Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan)

e. Keterbatasan

Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa bercak darah, hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea.

f. Yang boleh menggunakan implant

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak atau belum
- c) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
- e) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- f) Pascakeguguran
- g) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi
- h) Riwayat kehamilan ektopik
- i) Tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemi bulan sabit

j) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen

k) Sering lupa menggunakan pil

g. Yang tidak boleh menggunakan implant

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Perdarahanpervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang trjadi
- e) Mioma uterus dan kanker payudara
- f) Gangguan toleransi glukosa.

(Noviawati,dkk,2011)



Gambar 2.11
Alat Kontrasepsi Implant
Sumber : afaajah.wordpress.com

4. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR /IUD)

a. Pengertian

IUD/ AKDR adalah alat untuk mencegah kehamilan yang efektif aman dan reversible yang terbuat dari plastic atau

logam yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis.

b. Jenis-jenis AKDR

a) Copper AKDR

1) Cu-T 200 B : panjang 36 mm, mengandung 200 mm²

Cu, ujung bawah batang AKDR berbentuk bola.

Daya kerja 3 tahun

2) ML Cu 250: luas permukaan kawat Cu 220 mm²,

benang ekor 2 lembar berwarna hitam atau tidak

berwarna. Daya kerja 3 tahun. Ada 3 bentuk ML Cu -

250: standart, short, mini

3) ML Cu 375: 375 mm² luas permukaan kawat Cu,

benang ekor 2 lembar, berwarna hitam atau tidak

berwarna. Daya kerja 5 tahun. Ada 3 bentuk ML Cu

375 : standart, short, SL

4) Cu T-380 A : para gard: panjang 36 mm, lebar 32

mm, 314 mm² kawat Cu pada batang vertical, 2

selubung Cu seluas masing-masing lengan

horizontal. Daya tahan 8 tahun (FDA: 10 tahun)

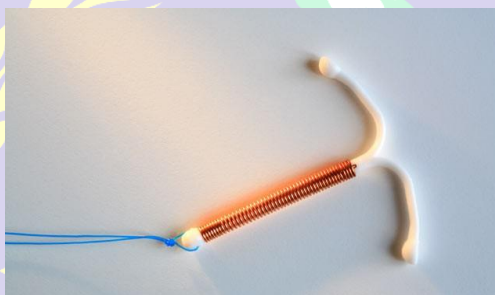
5) Nova T : Novagard: panjang 32 mm, lebar 32 mm,

200 mm² luas permukaan Cu dengan Ag di dalam

kawat Cu-nya. Daya kerja tahun

b) AKDR yang mengandung hormone

AKDR yang mengandung hormon yaitu progesteron-T= Alza T, yang memiliki panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan 2 lembar benang ekor warna hitam. Progesteron-T= Alza T mengandung 38 mg dan barium sulfat. Melepaskan 65 mcg progesterone per hari. Daya kerja ; 18 bulan



Gambar 2.12
Alat Kontrasepsi IUD
Sumber : www.hcplive.com

c) Efektivitas

Efektivitas tinggi walau masih terjadi 1-3 kehamilan per 100 wanita pertahun untuk AKDR umumnya, sedang untuk Lippes Loop 2 kehamilan pertahun. Untuk second generation Cu AKDR <1 kehamilan per 100 wanita per tahun dan 1,4 kehamilan per 100 wanita setelah 6 tahun pemakaian.

d) Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Pernah melahirkan dan mempunyai anak, serta ukuran rahim tidak kurang dari 5 cm
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- 5) Setelah mengalami abortus dan tidak adanya infeksi
- 6) Resiko rendah dari IMS
- 7) Tidak menghendaki metode hormonal

e) Kontraindikasi

- 1) Sedang hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servivitis).
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus sepsistik.
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.
- 6) Menderita TBC pelvik.

7) Menderita kanker alat genital.

8) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

(BKKBN, 2006:MK-77)

f) Efek samping dan komplikasi

1. Bercak darah dan kram abdomen sesaat pemasangan

AKDR

2. Kram, nyeri punggung bagian bawah, atau kedua keadaan tersebut terjadi bersamaan selama beberapa hari setelah pemasangan akdr

3. Nyeri berat yang berlanjut akibat kram perut

4. Disminorea terutama yang terjadi 1-3 bulan setelah pemasangan

5. Perubahan/ gangguan menstruasi

6. Perdarahan berat atau berkepanjangan

7. Anemia

8. Benang akdr yang hilang terlalu panjang dan pendek

9. Akdr tertanam dalam endometrium atau miometrium

10. Benang terlepas spontan

11. Kehamilan baik akdr masih tertanam dalam endometrium atau setelah akdr terlepas spontan tanpa diketahui

g) Keuntungan dan kerugian

1. Keuntungan

a) AKDR yang mengandung Cu

- 1) Ekspulsi lebih jarang
- 2) Kehilangan darah haid lebih sedikit, dapat lebih ditolerir oleh wanita yang belum punya anak atau wanita dengan paritas rendah
- 3) Ukurang tabung inserter lebih kecil

b) AKDR yang mengandung hormonal dapat mengurangi volume darah haid(dapat sampai dibawah tingkat pra-insersi). Wanita yang menggunakan AKDR tidak memikirkan persiapan kontrasepsi tiap hari atau setiap bulan

2. Kerugian

- a. Tidak ada alat kontrasepsi AKDR yang memberi perlindungan terhadap HIV atau penyakit IMS
- b. AKDR yang mengandung Cu perlu diganti setelah pemakaian beberapa tahun
- c. AKDR yang mengandung hormonal :
 - a) Jauh lebih mahal dari pada Cu AKDR
 - b) Harus diganti setelah 18 bulan
 - c) Sering menimbulkan perdarahan mid-siklus dan perdarahan bercak/spotting
 - d) Insidens kehamilan ektopik lebih tinggi.

(Fitri,2018:162-167)

5. Sterilisasi

1) Tubektomi

a. Definisi

Tubektomi ialah tindakan yang dilakukan pada kedua tuba fallopi wanita yang mengakibatkan seorang tidak dapat hamil atau tidak menyebabkan kehamilan lagi. Sterilisasi adalah metode kontrasepsi permanen yang hanya diperuntukan bagi mereka yang memang tidak ingin atau boleh memiliki anak (karena alasan kesehatan).

MOW (metode operasi wanita) / tubektomi adalah tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur kanan dan kiri, yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati sel telur, dengan demikian sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma laki-laki sehingga tidak terjadi kehamilan.

b. Kelebihan dari Tubektomi

a) Efektifitas hampir 100%

Index efektifitas sterilisasi (disebut index mutiara) adalah 0.5-1. Nilai ini menunjukkan jumlah kehamilan yang tidak diinginkan pada 100 wanita yang menggunakan metode kontrasepsi itu selama setahun. Artinya hanya ada satu kehamilan tidak diinginkan per 1000-2000 wanita yang telah disterilisasi. Pada kasus yang sangat jarang terjadi

itu,tuba falopi wanita kembali menyambung setelah dipotong atau ditutup

- b) Tidak mempengaruhi libido seksual
- c) Kegagalan dari pihak pasien tidak ada
- d) Tidak mempengaruhi proses menyusui (*breastfeeding*)
- e) Tidak tergantung pada factor senggama
- f) Bagi klien apabila hamil akan menjadi risiko kesehatan yang serius
- g) Pembedahan sederhana ,dapat dilakukan anastesi local
- h) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang .tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium).
- i) Adapun kelebihan dari konsep dibandingkan kontrasepsi yang lain adalah :
 - 1) Lebih aman (keluhan lebih sedikit)
 - 2) Lebih praktis (hanya memerlukan satu kali tindakan)
 - 3) Lebih efektif (tingkat kegagalan sangat kecil)

c. Kekurangan dari Tubektomi

- a) Risiko dan efek samping pembedahan

Risiko sterilisasi ,seperti halnya operasi lainnya ,terutama berkaitan dengan anetesi .Ahli bedah juga tanpa sengaja merusak ligamen peritoneal selama operasi jika ligamen peritoneal rusak .produksi hormon pada ovarium menurun dan menopause bisa dimulai disini.potensi komplikasi lainnya(sangat jarang) adalah kehamilan ektopik dan gangguan menstruasi .

- b) Kadang-kadang sedikit merasakan nyeri saat operasi
- c) Infeksi mungkin saja terjadi ,bila prosedur operasi tidak benar
- d) Kesuburan sulit kembali

d. Indikasi

Sebaiknya tubektomi sukarela dilakukan pada wanita yang memenuhi syarat-syarat berikut;

- a) Umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup
- b) Umur sekitar 30 tahun dengan 3 anak hidup
- c) Umur sekitar 35 tahun dengan 2 anak hidup

e. Kontraindikasi

- a) Hamil
- b) Pendarahan vaginal yang belum terjelaskan
- c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut
- d) Belum memberikan persetujuan tertulis

- e) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- f) Usia dibawah 30 tahun yang belum dan masih ingin memiliki anak. Sterilisasi seharusnya ditawarkan pada wanita di bawah 30 tahun hanya dalam keadaan yang sangat khusus.

2) Vasektomi

a. Dasar dari Vasektomi

Vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran sperma (vadeferens) yang menyalurkan sperma keluar dari testis.

Vaksetomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi van deferens sehingga menghambat perjalanan spermatozoa dan tidak dapat spermatozoa didalam semen/ejakulat (tidak ada penghantar spermatozoa dari testis ke penis)

b. Profil

- a) Sangat efektif dan permanen
- b) Tidak ada efek samping jangka panjang
- c) Tindak bedah yang aman dan sederhana
- d) Efektif setelah ejakulasi atau 3 bulan
- e) Konseling dan informed consent mutlak diperlukan

c. keuntungan

- a) Teknik opkecil dan sederhana bisa dilakukan setiap saat
- b) Komplikasi yang ditemukan tidak terlalu berat
- c) Efektifitas hampir 100%
- d) Biaya murah terjangkau masyarakat
- e) Bias dilakukan operasi rekanalisisasi
- f) Efektif
- g) Aman ,morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas
- h) Sederhana
- i) Cepat, hanya memerlukan waktu 5-10 menit
- j) Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anestesi lokal biasa.
- k) Secara kultural, sangat dianjurkan di negara-negara dimana wanita merasa malu untuk ditangani oleh dokter pria atau kurang tersedia dokter wanita dan paramedis wanita.

d. Kerugian

- a) Cara ini tidak langsung efektif tapi memerlukan waktu sampai sperma menjadi negatif dalam analisa semen. Walaupun pada prinsipnya dapat disambung

kembali namun masih banyak diperlukan tenaga berlatih untuk tindakan tersebut.

- b) Diperlukan suatu tindakan operatif.
- c) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti pendarahan/infeksi.
- d) Kontap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens, dikeluarkan.
- e) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual yang mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria.

e. Indikasi

- a) Pasangan yang sudah tidak ingin menambah jumlah anak.
- b) Istri yang tergolong sebagai kelompok yang berisiko tinggi untuk hamil atau untuk suami yang istrinya tidak dapat dilakukan minilaparotomi atau laparoskopi.
- c) Akibat usia atau kesehatan pihak istri termasuk risiko untuk hamil.
- d) Pasangan yang telah gagal dengan kontrasepsi lain.

f. Kontra Indikasi

a) Infeksi kulit lokal, misalnya scabies (penyakit kulit menular akibat tuma gatal).

b) Infeksi traktus genitalia.

c) Kelaian skrotum dan sekitarnya :

1) Varicocele (varikosis pleksus pampiniformis korda spermatica, yang membentuk benjolan skrotum yang terasa seperti “kantong cacing”).

2) Hydrocele besar.

3) Filariasis.

4) Hernia inguinalis.

5) Orchiopexy (fiksasi testis yang tidak turun pada skrotum).

6) Luka parut bekas operasi hernia.

7) Skrotum yang sangat tebal.

d) Penyakit sistemik :

1) Penyakit-penyakit pendarahan.

2) Diabetes Mellitus.

e) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual yang tidak stabil

g. Yang dapat menjalankan Vasektomi (MOP)

Untuk laki-laki subur yang sudah mempunyai anak cukup (2 anak) dan istri berisiko tinggi. Syarat- syarat menjadi akseptor.

- a) Harus secara sukarela.
- b) Mendapat persetujuan istri.
- c) Jumlah anak cukup.
- d) Mengetahui akibat-akibat vasektomi.
- e) Umur calon tidak kurang dari 30 tahun
- f) Umur istri tidak kurang dari 20 tahun dan tidak lebih dari 45 tahun
- g) Pasangan suami istri telah mempunyai anak minimal dua orang dan anak paling kecil harus sudah berumur diatas dua tahun
- h. Yang Sebaiknya Tidak Mrenjalani Vasektomi (MOP)
 - a) Infeksi kulit disekitar kemaluan
 - b) Menderita kencing manis
 - c) Hidrokel atau varikolel besar
 - d) Hernia inguinalis
 - e) Anemia berat ,gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan anti koagulasi

i. Waktu pelaksanaan Vasektomi (MOP)

- a) Tidak ada batasan usia, dapat dilaksanakan bila diinginkan .Yang penting sudah memenuhi syarat sukarela ,bahagia dan factor kesehatan.
- b) Istri beresiko tinggi

j. Jenis Vasektomi

Jenis – jenis Vasektomi ada 3 macam ,yakni;

a) Vasektomi Metode Standart (*Insisi Skrotum*)

Vasektomi ini dimulai dengan melakukan anetesi/bius local kedaerah pertengahan skrotum .Kemudian dilaukan sayatan 1-2 cm diatasnya . Bila saluran sudah tampak muka saluran akan dipotong ,lalu kedua ujungnya akan diikat .Hal sama akan dilakukan pada saluran sperma satunya .Kemudian luka ditutup dengan penjahitan .Metode ini pada umumnya mempunyai kelemahan yaitu memerlukan irisan pada kulit skrotum dengan scalpel dan memegang vas deferens secara blind

- b) Vasektomi tanpa pisau (VTP atau No_scalpep Vasectomy)

Vasektomi Tanpa Pisau merupakan penyerderhanaan

dan penyempurnaan teknik vasektomi yang diharapkan dapat memperkecil komplikasi dan mempermudah permasalahannya terutama untuk orang yang takut pisau operasi. Waktu yang diperlukan tindakan VIP paling cepat adalah 4 menit dan paling lambat 16 menit .Pada kelompok akseptor VTP tidak ditemukan komplikasi pasca tindakan sedangkan pada kelompok akseptor Vasektomi metode standar ditemukan 1 kejadian infeksi luka operasi .Metode VIP dalam hal kemudahan lebih baik ,sedangkan dalam hal keamanan dan efektifitasnya tidak berbeda dengan metode vasektomi standar .

c) Vasektomi semi permanen

Vasektomi semi permanen yakni vas deferens yang diikat dan bisa dibuka kembali untuk berfungsi secara normal kembali dan tergantung dengan lama tidaknya pengikatan vas deferens, karena semakin lama vasektomi diikat, maka keberhasilan semakin kecil, sebab vas deferens yang sudah lama tidak dilewati sperma akan menganggap sperma adalah benda asing dan akan menghancurkan benda asing

k. Efektivitas vasektomi

- a) Angka kegagalan : 0-2,2%, umumnya <1%
- b) Kegagalan vasektomi umumnya disebabkan

oleh:

- 1) Sangga yang tidak terlindungi sebelum semen/ajekulat bebas sama sekali dari spermatozoa
- 2) Rekanalisasi spontan dari vas deferens, umumnya terjadi setelah pembentukan granuloma spermatozoa
- 3) Pemotongan dan oklusi struktur jaringan lain selama operasi
- 4) Jarang : duplikasi congenital dari vas deferens (terdapat lebih dari 1 deveren pada satu sisi) . (Marmi,2016:306-339)



2.2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada kehamilan

A. Data Subyektif

1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti:

- a) Nama: Untuk dapat mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama.
- b) Usia/tanggal lahir: Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (antara 20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis.
- c) Agama: sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.
- d) Pendidikan terakhir: sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi.
- e) Pekerjaan: data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.

f) Suku/bangsa: data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan.

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

(Manuaba, 2010 :117-119)

2. Keluhan Utama

Menurut *Varney,at all(2007)*, keluhan pada kehamilan trimester III yaitu antara lain:

a) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan akan mengakibatkan kongesti pada vena panggul (*Varney, at all 2007.540*).

b) Sering BAK/Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat ibu sedang berbaring pada posisi leteral rukemben karena uterus tidak lagi menekan

pembuluh darah panggul dan vena cava inferior. (*Benson et al, 2013*).

c) Kram tungkai

penyebab kram tungkai yaitu uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf sementara saraf ini melewati foramen oburator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (*Varney, et al 2007.540*).

d) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi (*Varney et al. 2007.540*).

e) Sesak nafas

Uterus mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm. (*Morgan, 2009.106*).

3. Alasan datang

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hanni dkk,2010:87)

4. Riwayat Menstruasi

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

- a) Umur menarche
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal
- g) Disminorhea
- h) Perdarahan uterus disfungsional, misalnya spotting, menoragia, dan lalin-lain.
- i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)
- j) Sindrom syok keracunan
- k) Sindrom premenstrual (Hani dkk, 2011:89).

5. Riwayat Obstetri

- a) Gravida/Para
- b) Tipe golongan darah(ABO dan Rh)
- c) Kehamilan yang lalu

- 1) Tanggal persalinan
- 2) Usia gestasi
- 3) Tempat lahir
- 4) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)
- 5) Masalah obstetric, medis dan social yang lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi yang seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya
Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala factor yang mempengaruhi persalinan (Hani dkk,2011:89)

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi

adanya komplikasi dengan yang lebih baik (Rukiyah, 2009:145)

7. Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan. (Hani dkk,2011:90)

8. Riwayat kesehatan keluarga

- a) Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati)
- b) Kanker
- c) Penyakit jantung
- d) Hipertensi
- e) Diabetes
- f) Penyakit ginjal
- g) Penyakit jiwa
- h) Kelainan bawaan
- i) Kehamilan ganda
- j) TB (Tuberkulosis)
- k) Epilepsi
- l) Kelainan darah (anemia dan lain-lain)
- m) Alergi
- n) Kelainan genetic
- o) Riwayat keturunan kembar

(Hani dkk,2011:88-89)

9. Pola Fungsi Kesehatan

a) Nutrisi

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

Menurut Saiffudin (2011:286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu:

1) Kalori

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

2) Protein

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

3) Kalsium

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

4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan

kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

5) Asam Folat

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

Tabel 2.8
Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

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

Sumber; Sukarni, 2013:115

Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil:

Tabel 2.9
Menu Ibu Hamil

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

Sumber: Marmi, 2013:201

b) Pola Eliminasi

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

Penekanan kandung kemih karena pengaruh Hormon estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan sering buang air kecil. (Saifuddin, 2009:91)

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuloskeleta: Persendian sakro-iliaka, sakro koksigia dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh. (Saifuddin, 2009:92)

d) Pola Istirahat dan Tidur

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

tidur walau bukan tidur bertulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah. (Saifuddin, 2009:93)

e) Pola Seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan premature maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan terakhit, Kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri. (Saifuddin, 2009:94)

f) Personal Hygien

Menjaga kebersihan diri terutama lipatak kulit(ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan. (Saifuddin, 2009:95)

g) Riwayat Keteregantungan

1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan

meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epinephrin, dan CO₂ meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia. (Marmi, 2011:268)

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial jangka panjang pada bayi yang dikandungnya. (Marmi, 2011:268)

3) Obat Terlarang

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

(Marmi, 2011:268)

10. Riwayat Psikososial dan budaya

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

sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa. (Sulistyawati,2010:273)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum

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

- 1) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- 2) Lemah: Pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati,2010:274)

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadat) (Sulistyawati,2010:274)

c) Tanda-tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal peretengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Berisiko mengalami pre-eklamsia. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia.

(Manuaba, 2012:265)

2) Nadi

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

3) Suhu

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

(Romauli, 2011:173)

4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit.

5) Antropometri

(a) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm.

(b) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan 4kg pada kehamilan TM I, 0,5kg/minggu pada kehamilan TM II dan TM III. Totalnya sekitar 15-16 kg selama kehamilan (Sulistyawati, 2012:69).

Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1.57 meter. Maka IMT-nya adalah $51 / (1,57)^2$

= 20,7 (Megasari dkk, 2015: 65). Nilai IMT mempunyai rentang dalam tabel berikut:

Tabel 2.10
Indeks Massa Tubuh (IMT)

Kategori Ambang Batas IMT untuk Indonesia

	Kategori	IMT
Kurus	Kekurangan BB tingkat berat	<17,0
	Kekurangan BB tingkat ringan	17,0 - 18,4
Normal		18,5 - 25,0
Gemuk	Kelebihan BB tingkat ringan	25,1 - 27,0
	Kelebihan BB tingkat berat	>27,0

Sumber: <http://terasolahraga.com/indeks-massa-tubuh-imt-suatu-cara-untuk-mengetahui-berat-badan-ideal-dan-status-gizi>

(c) **Lingkar Lengan Atas (LILA)**

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interprestasinya adalah *Kurang Energi Kronis (KEK)*.

(Manuaba,2012:95-97)

2. **Pemeriksaan Fisik**

a) **Kepala**

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010:543).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romauli, 2011:174).

d) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau karies menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174). Gusi cenderung berdarah akibat hyperemia pada pertengahan kehamilan (Varney, 2007:218).

e) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011:174).

f) Leher

Normal apabila tidak ada pemebesara kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis. (Marmi,2014:166).

g) Dada/payudara

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

h) Abdomen

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

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

2) Ukuran janin

3) Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm) –n x 155= TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka n-12. Bila kepala di atas *ischiadica* maka n-11 =11. (Ummi Hani,2011:92).

Tabel 2.11
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba dkk, 2010; 89

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	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Ditengah antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Saifudin, 2014; 93

4) Letak dan Presentasi

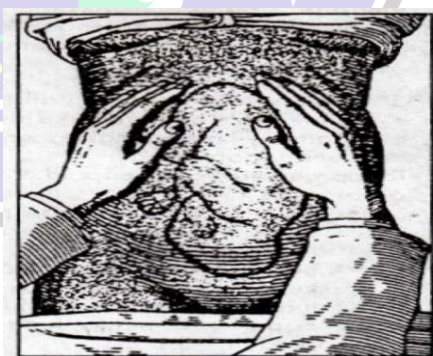
Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi.

Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah Leopold, yaitu:

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

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010:118). Menurut Marmi (2011:167) langkah-langkah pemeriksaan leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat keara muka penderita
- (3) Rahim dibawah ke tengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan



Gambar 2.13

Posisi Leopold I

Sumber: Manuaba, 2010

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.13
TFU berdasarkan leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Jannah, 2017:84

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

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan mementukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut

(Manuaba, 2010:118-119). Menurut Marmi (2011:167-168) langkah-langkah leopold II yaitu:

- (1) Kedua tangan pindah ke samping
- (2) Tentukan dimana punggung anak.

Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan besar.

Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

Variasi Buddin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:119)



Gambar 2.14

Posisi Leopold II

Sumber :Manuaba, 2010

(c) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

Menurut Marmi (2011:168), langkah-langkah memeriksakan 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 2.15
Posisi Leopold III
Sumber: Manuaba, 2010

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

Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010:119).

Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah menentukan leopld IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

- (3) Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.



Gambar 2.16

Posisi Leopold IV

Sumber : Manuaba,2010

(e) Perlimaan

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan 5 jari tenagn pemriksa (per limaian). Penurunan bagian terbawah dengan metode 5 jari :

- (1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis
- (2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
- (3) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- (4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).
- (5) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
- (6) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Buku Acuan,2008).

1) Bidang hodge I

Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promotorium, artikulasio sakroiliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simfisis pubis.

2) Bidang hodge II

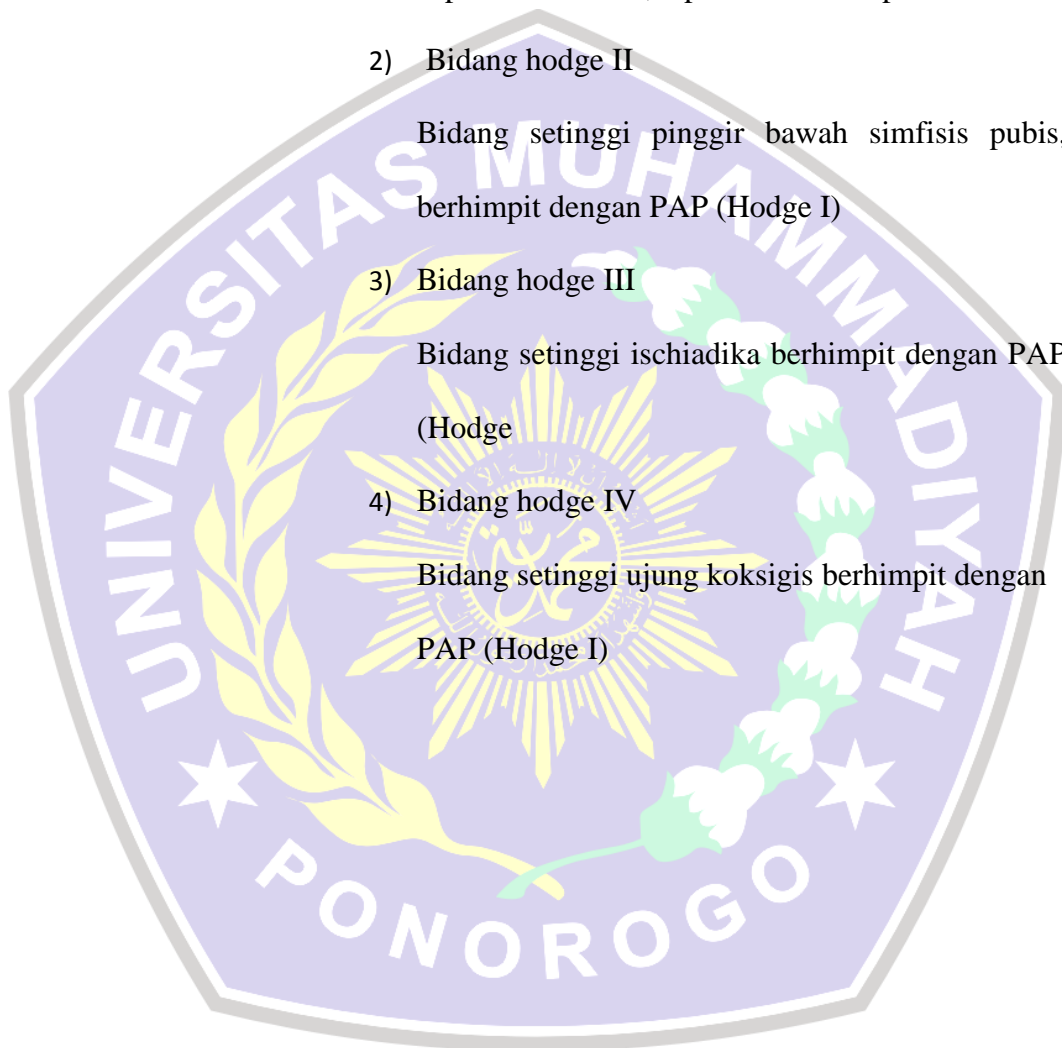
Bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I)

3) Bidang hodge III

Bidang setinggi ischiadika berhimpit dengan PAP (Hodge I)

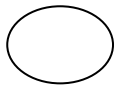
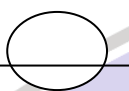
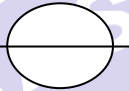
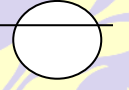


4) Bidang hodge IV

Bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I)



Tabel 2.14

Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaian

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

Sumber : Saifuddin,2013

(f) Osborn Test

Menurut Winkjosastro (2007:231) tujuan osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (disporsisi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan tes osborn ini adalah sebagai berikut:

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif. Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari maka hasil tes osborn adalah positif. Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Dengan penambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (mooulase) Winkjosastro, 2007:231).

Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah negatif, apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu, apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka hasil tes osborn positif (Winkjosastro, 2007:23

i) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan

hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid.

j) Genetalia

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

k) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvis ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia. Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila geraknya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek

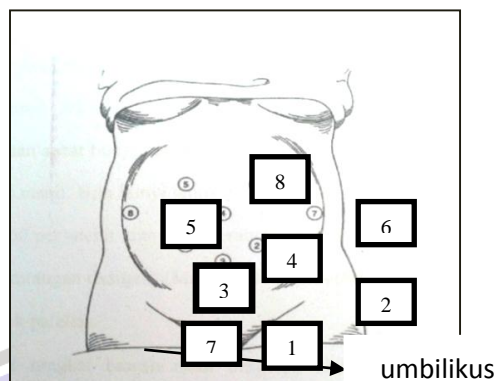
patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Romauli, 2011:173-176)

5) Penurunan bagian terbawah janin

Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut Marmi, 2011 dapat dilihat dalam table berikut:

6) Pemeriksaan Denyut Jantung

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011; 171). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Romauli, 2011:180).



Gambar 2.17

Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26
Gestasi

Sumber: Wheeler, 2007:145

Keterangan :

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada pada pertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajier yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung diatas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

3. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemriksaan Darah

1) Hemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan *Haeomoglobin* (Hb)

dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% . (Manuaba,2010:239).

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus*. (Fraser et al,2009:255).

3) HbsAg

HbsAg merupakan pertanda serologik infeksi virus hepatitis B pertama yang muncul di dalam serum dan mulai terdeteksi antara 1 sampai 12 minggu pasca infeksi, mendahului munculnya gejala klinik serta meningkatnya SGPT. Selanjutnya HbsAg merupakan satu-satunya pertanda serologik selama 3-5 minggu. Pada kasus yang sembuh, HbsAg akan hilang antara 3 sampai 6 bulan pasca infeksi sedangkan pada kasus kronis, HbsAg akan tetap terdeteksi sampai lebih dari 6

bulan. HbsAg positif yang persisten lebih dari 6 bulan didefinisikan sebagai pembawa (carrier). Sekitar 10% penderita yang memiliki HbsAg positif carrier, dan hasil ujian dapat tetap positif selama bertahun-tahun. Pemeriksaan HbsAg secara rutin dilakukan pada pendonor darah untuk mengidentifikasi antigen hepatitis B. Transisi hepatitis B melalui transfusi sudah hampir tidak terdapat lagi berkat screening HbsAg pada darah pendonor. Namun, meskipun insiden hepatitis B terkait transfusi sudah menurun, angka kejadian hepatitis B tetap tinggi. Hal ini terkait dengan transmisi virus hepatitis B melalui beberapa jalur, yaitu parental, perinatal, atau kontak seksual. Orang yang beresiko tinggi terkena infeksi hepatitis B adalah orang yang bekerja di sarana kesehatan, ketergantungan obat, suka berganti-ganti pasangan seksual, sering mendapat transfusi, hemodialisa, bayi baru lahir yang tertular dari ibunya yang menderita hepatitis B (Marmi,2011:182).

4) HIV / AIDS

Infeksi HIV pada ibu hamil bisa menembus ke janin selama kehamilan, saat melahirkan, atau selama menyusui. Virus HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS. Ibu hamil juga perlu melakukan

tes laboratorium Anti HIV. Tes ini memiliki tujuan untuk mendeteksi kemungkinan virus HIV yang bisa menular kepada calon bayi. Selain itu, ibu hamil yang memiliki HIV perlu melakukan sejumlah terapi agar kehamilannya menjadi aman bagi janin. Tes ini dilakukan pada trimester I. Bila ternyata ibu positif HIV, penanganan medis akan dilakukan untuk mengurangi risiko penularan HIV kepada bayi (Sulistyawati, 2016:67).

b) Pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++), kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal (++++). (Romauli, 2011:187-188).

c) Pemeriksaan Reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode *Fehling* (Mochtar, 2011:45).

d) *Ultrasonografi*

Menurut Romauli(2011:72), penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

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

e) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter. (Romauli, 2011:187-188).

f) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini.

Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksa dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2008: 50-51).

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- 1) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
- 2) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
- 3) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan

bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.

- 4) Perabaan forniks yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas.

(Manuaba, 2009:34)

g) Pemeriksaan Panggul Luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudelogue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2008:16).

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

- 1) Distansia spinarum (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina illiaca anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2008:16).

- 2) Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista illiaca sinistra dan dekstra.

Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga

dapat dicurigai adanya patologi panggul (Yulaikhah, 2008: 17).

3) Konjugata eksterna (*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2008:17).

4) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. Untuk mengukurnya dipakai *oscander*. Angka yang ditunjuk jangk harus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangk. Jika jarak ini kurang dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Yulaikhah, 2008:17).

h) 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, 2011:165).

Pemeriksaan detak jantung janin dihubungkan dengan gerak janin. Terjadinya akselerasi menunjukkan kesejahteraan janin optimal intra uteri (Manuaba, 2010:153).

C. Analisis/Diagnosa Kebidanan

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

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

Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan. (Manuaba, 2012:123)

D. Perencanaan

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

Tujuan : Ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan .

Kriteria :

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

Tekanan darah :100/70 mmHg

Nadi :76-88x/menit

Suhu :36,5-37,5°C

Respirasi Rate :16-24x/menit

4. Pemeriksaan Laboratorium

5. Hb \geq 11% gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)

6. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur

7. TFU sesuai dengan usia kehamilan

8. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:554-556) yaitu

a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

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

b) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

c) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, perslan higien, aktivitas, hubungan seksual perawatan payudara.

R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar

- d) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi: Hipertensi, pre-eklamsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kehamilan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

- e) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

R/ Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu.

- f) Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

- g) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

Potensi masalah:

- 1) Masalah I: Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Vrney, Kriebs dan Gegor(2007:540)

(a) Jelaskan penyebab edema

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

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

R/ Mengurangi tekanan pada vena dalam panggul

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan tekanan pada vena dalam panggul

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

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

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

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

2) Masalah 2: Nokturia

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

Kriteria :

- (a) Ibu BAK 7-8x/ hari terutama siang hari
- (b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Manuaba (2010:321)

- (a) Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

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

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- (c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

- 3) Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari

Intervensi menurut Pantiawati (2009: 112)

(a) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur

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

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

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

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

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

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

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

4) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

2. BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:539)

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

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

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

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

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

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

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering memivu terjadinya hemoroid.

(e) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

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

(f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

5) Masalah 5 : Kram pada kaki

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

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

Intervensi menurut Romauli (2007:130)

(a) Jelaskan penyebab kram kaki.

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

(b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

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

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

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

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

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6) Masalah 6 : Sesak napas

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

Kriteria : 1. Frekuensi pernapasan 14-24x/menit
2. Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Salehah (2009:543)

(a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

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

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

R/ Menghindari penerkanan diafragma

(c) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ Merelaksasi otot-otot

(d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/ Aktifitas berat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan menmbah kebutuhan O₂.

(e) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ Penegangan tulang meringankan penarikan napas.

7) Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria : 1. Pusing berkurang
2. Kesadaran *composmentis*
3. Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah (2008:314)

(a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

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

(b) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

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

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

8) Masalah 8 : Nyeri punggung

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2008:432)

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

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

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

(b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

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

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(d) Gunakan sepatu tumit rendah

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

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

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

9) Masalah 9 :Varices

Tujuan :Tidak terjadi varices atau tidak bertambah parah.

Kriteriaa : Tidak terdapat Varices

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:540)

(a) Kenakan kaus kaki penyokong

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

(b) Hindari mengenakan pakaian berat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

(c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkak saat duduk

R/ Meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varices

(d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur .

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

(e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

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

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria : 1.Tidak kembung

2.Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian

atas

Intervensi menurut Sulistyawati (2012:105)

(a) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi *sphincter esophagus* bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang *sphincter*, kemampuan gerak serta tonus gastri intestinal menrun, serta pergeseran lambung karena pembesaaan uterus.

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

(b) Anjurkan ibu makan porsi sedikit tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

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

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

(d) Hindari rokok, kopi, alkohol dan coklat

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

(e) Hindari berbaring setelah makan

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

(f) Hindari minum selain air putih

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

(g) Tidur dengan kaki ditegakan

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

(h) Beikan antasida

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

11) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : 1. Ibu tampak tenang dan rileks
2. Ibu tampak tersenyu,
3. Suami dan keluarga member dukungan

Intervensi menurut Romauli (2007:97-98)

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

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

(b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

(c) Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksasi progresif

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

12) Masalah 12 : Insomnia

Tujuan : Ibu dapat tidur dan beristirahat dengan baik

Kriteria : 1. Ibu tampak tenang dan rileks
2. Ibu tampak tersenyum
3. Suami dan keluarga member semangat

Intervensi menurut Saifuddin (2008:144)

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

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

(b) Evaluasi tingkat kelelahan

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

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

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

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

R/ Pada posisi *recumbent*, pembesaran uterus, serta organ *abdomen* menekan *diafragma*, sehingga membantu *ekspansi* paru. Penggunaan posisi *semi flower* memungkinkan *diafragma* menurun, membantu mengembangkan *ekspansi* paru lebih optimal.

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

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

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

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

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

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

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

R/ Meningkatkan peruse ginjal

(i) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tegak dalam waktu yang lama.

R/ Posisi ini memungkinkan terjadinya sindrom vena kava dan menurunkan aliran vena.

(j) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cairan 6-8 gelas /per hari, pengurangan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang

R/ Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi adekuat, yang mengurangi natrium diet, untuk mempertahankan status isotonik

(k) Berikan informasi mengenai penghilangan natrium dari diet.

R/ Kehilangan atau pembatasan natrium dapat sangat menekan regulator rennin-angiotensin-aldosteron dari

kadar cairan, mengakibatkan dehidrasi atau *hipovolemia* berat.

(l) Tes urine *mindstream* untuk memeriksa albumin

R/ Dapat mengidentifikasi *spasme glmerulus* atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan.

E. Implementasi

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, 2007:6).

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P adalah 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.



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian data

a. Data subyektif

1) Identitas

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti klien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomer telepon yang berbeda. (manuaba,2012:240)

b) Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio caesarea. (Fraser et al, 2009:569). Usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklamsia. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe ii,hipertensi, kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklamsia dan abrupsi plasenta. Persalinan yang lama pada multipara, secio caesarea, kelahiran preterm, iug, anomaly kromosom dan kematian janin. (Varney et al, 2007:691)

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati dkk, 2010;221)

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat. (Walsh,2010:122)

e) Alamat

Sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data alamat juga dapat memberikan gambaran jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi pemeriksaan kehamilan. (Sulistiyawati A,2010:221)

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2012:173) tanda-tanda persalinan adalah:

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin braktivitas atau jalan makin bertambah.
- b) Pengeeluran lendir dan darah. Dengan his persalinan yang terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan perdataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagai besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban

diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. Gejala utama pada kala II menurut Manuaba (2012:173) adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50-100 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
- 3) Riwayat kesehatan
- a) Penyakit jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang menyebabkan edema pada paru. Gejala pertama pada edema paru yaitu ari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Peningkatan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah ibu ke janin. (Saifuddin, 2010:769). Menurut Manuaba (2012:323-324) 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 klas II

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, koriamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser et al.2009:322).

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat

dikuti retensio plasenta dan perdarahat postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba,2012:240)

d) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser et al 2009:371).

e) HIV

Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009:933).

f) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh treponema pallidum. Transmisi treponema dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009:929).

g) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria.

Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau kese;uruhan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009:840).

4) Riwayat kebidanan

1. Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani,2014:140).

Riwayat menstruasi menurut (Marmi,2014:140):

1) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali.

Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

2) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

3) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid \pm 28 hari, rumus yang di pakai adalah rumus neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1.

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan nifas yang lalu

a) Riwayat kehamilan yang lalu:

informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi.2011:123)

b) Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forcep, ekstrasi vakum, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelainan serta komplikasi- komplikasi yang inenyertai persalinan (Marmi,2011:132)

c) Riwayat nifas yang lalu:

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peninngkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga dapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut "nyeri ikutan" (after pain) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:224)

6) Riwayat kehamilan dan persalinan yang sekarang

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014:43)

- a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan. Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir.
- b) Keluhan-keluhan pada trimester 1.11.III. Untuk mengetahui adanya gangguan seperti: muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.
- c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani,2008:78)
- d) Dimana ibu memeriksakan kehamilan Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilarn (Winkjosastro,2007:47)
- e) Sejak hamii berapa bulan ibu menieriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Winkjosastro,2002:47).
- f) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau belum, kapan. berapa kali. Keadaan psikosisnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu (Retna, 2008)

7) 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.2011:125).

8) Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Winjosastro,2008:55)

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat berkopresi antara gelang pelvik dan kepala janin. Resiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser et all, 2009:485). Anjurkan ibu untuk mengosongkarn kandung kemih secara rutin seiam persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung

kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro,2008:55). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif. lakukan periksa dalam untus memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro,2008.56).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011:128).

d) Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki

sirkulasi darah (Yeyeh, 2009:106). Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

(a) Kapan terakhir tidur

(b) Berapa lama

(c) Aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati, 2011:224).

e) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa pertanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien:

(a) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.

(b) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati,2010:23)

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser et al, 2009:442).

f) Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima.

Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011:128).

g) Riwayat ketergantungan

(a) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011:156).

(b) Alcohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alcohol jann dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alcohol dan mengingatkan wanita efek potensial alcohol jangka panjang pada bayi yang di akndungnya (Marmi, 2011:156).

(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 metal atau bahkan kematian (Marmi, 2011:156).

g) Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai

keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy, 2009:124

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran kompesmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (Cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli 2011:172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan kompesmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) Sulistyawati,2011:175).

c) Tanda-tanda vital

1) 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 keningkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney,et a! 2007:686). 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 meningkat tekanan darah (Fraser, et al, 2009:453).

2) 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 (Vamey, et.al 2007:687). 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 ansictas, 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 2009:453).

3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertingga selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°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 :687).

4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi perapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Vamey. etal. 2007:687)

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, kontur, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah. gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, etal, 2007:35). Serta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul,2008:243)

b) Muka

Ukuran, bentuk, kontur kesimetrisan wajah dan lokasi struktur wajah, nyeri tekan pada sinus frontal dan maksila (Varney, et al, 2007:35-36).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva 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 bengakak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli,2011:174)

d) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tojolan, warna sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik persarahan, rabas, wama mukosa (Varney. et.al. 2007:36).

e) Telinga

Observasi pemeriksaan yang dilakukan adalah, pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuuk, tojolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna sumbatan, lesi, dan rabas, adanya

benda asing pada saluran pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangan telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak jaringan paut, perforasi) (Varney, et.al, 2007:36).)

f) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Vamey, et.al, 20088:719).

g) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15.0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin,2010:186)

h) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau infersi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney etal.2007:151).

i) 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 (Wiknjosastro.2008:42-43)

Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya (Saifudin,2008:106)

Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandug kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periopde pascapartum awal (Vamey, etal.2007:687),

Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus (Vaney, et al 2007:693)

j) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa bloody slym tekanan pada anus, perinium menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba dkk, 2012:184).

Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban adanya luka parut divagina. Luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinum atau tindakan epissotomi sebelumnya (Wiknjosastro.2008:45).

k) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-hetul kepala sudah didasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro,2008:46)

l) Ekstermitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi,2012:163). Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, 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,etal, 2007:693).

3) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya Engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan mmenentukan letak bokong dan kepala presentasi janin (fraser dan cooper, 2009.259-261).

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

1) Menurut Sulistyawati (2009:198) perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur keñamilan dalam minggu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.15
Usia Kehamilan Dalam Minggu

Usia kehamilan (minggu)	Perkiraan fundus uteri
28	28 cm \pm 2 cm
32	32 cm \pm 2cm
36	36 cm \pm 2 cm

Sumber: Sulistyawati,2009:198

2) usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut manuaba (2012:100) dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2.16
Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

TFU	Usia kehamilan
1/3 di atas pusat	28 mgg
½ pusat-prosesus xifoideus	34 mgg
Setinggi arcus costae	36 mgg
Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 mgg

Sumber :Manuaba 2010:100

- 3) Menurut mochtar (1998) dalam Kuscahyani (2012,90) usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai berikut:

Tabel 2.17
Usia Kehamilan Dalam Minggu Dan TFU Dalam Cm

Usia kehamilan (minggu)	TFU
22-28	24-25 cm diatas simfisis
28	26,7 cm diatas simfisis
30	29,5-30 cm diatas simfisis
32	29,5-30 cm diatas simfisis
34	31 cm diatas simfisis
36	32 cm diatas simfisis
38	33 cm diatas simfisis
40	37,7 cm diatas simfisis

Sumber Kuscahyani 2012:90

c) Cara menghitung TFU

Menurut kustmardji (2008:93), pengukuran TFU dilakukan dengan rumus MC. Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur. Rumus Mc. Donald dapat dikatakan jarak di bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurangg 11atau 12 hasilnya di kalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala di atas atau pada spina ischiadika maka di kurang 12, jika kepala di bawah spina isciadika maka di kurang 11.

d) Cara Menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ (Tafsiran Berat Janin) dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumus: TBJ : (TFU dalam cm-n) x 155. -...gram

N : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila atas (-12) dan bila dibawah (-11).

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.18
Tbj normal untuk usia kehamilan TM III

Usia kehamilan (bulan)	Berat badan (gram)
7	1000
8	2000
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba, 2012.89

e) Penurunan

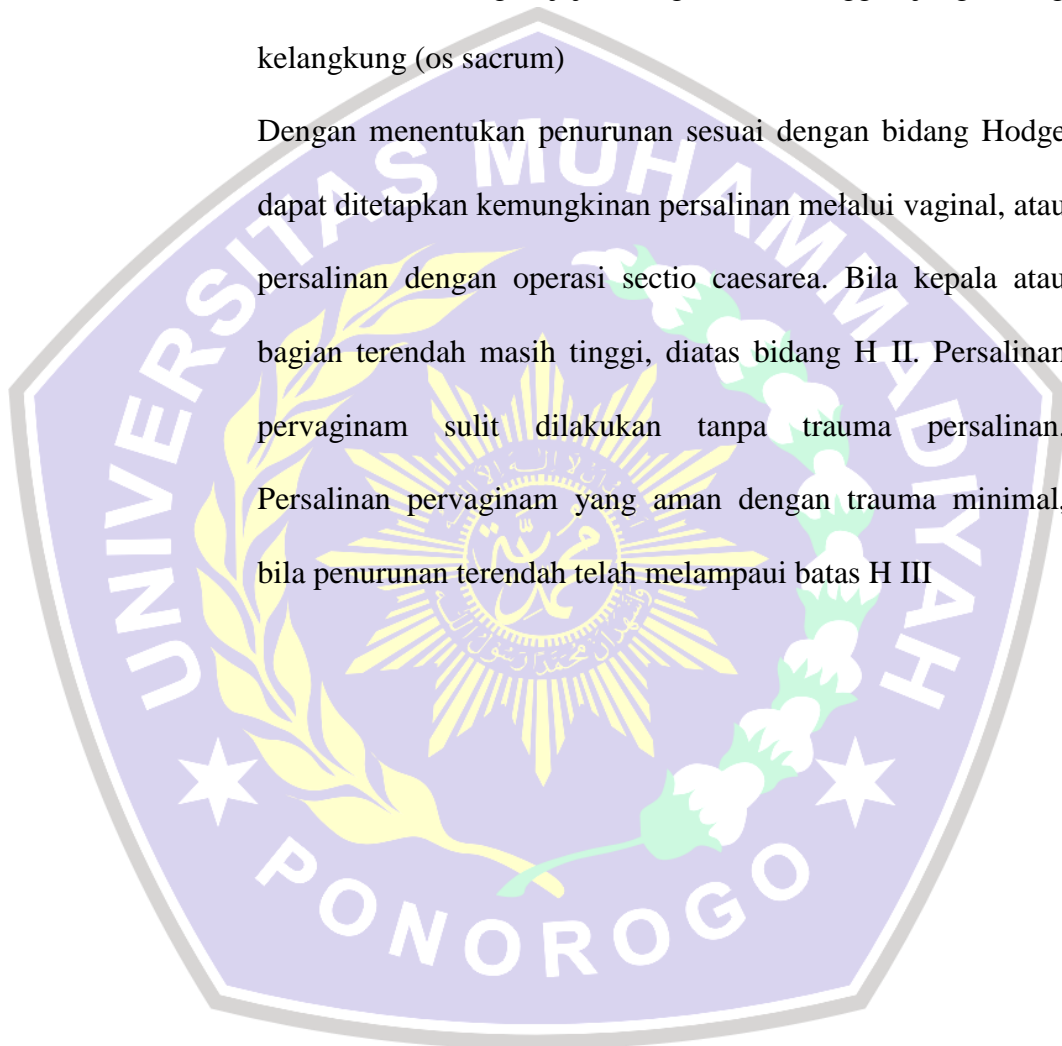
Bagian terbawah janin Menurut Wiknjosastro (2008:42) penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari (perlimaanan)

f) Penurunan Kepala

Menurut Bidang Hodge (Manuaba, 2010) Untuk menentukan seberapa jauh bagian terdepan janin turun ke dasar panggul, hodge menentukan bidang penurunan sebagai berikut

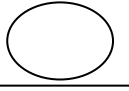
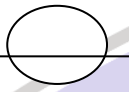
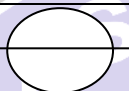
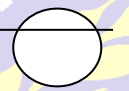
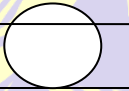

- 1) H I :Bidang yang sama dengan pintu atas panggul
- 2) H II :Bidang sejajar dengan HI setinggi tepi bawah simfisis
- 3) H III : Bidang sejajar dengan HI setinggi spina ischiadica
- 4) H IV : Bidang sejajar dengan HI setinggi ujung tulang kelangkung (os sacrum)

Dengan menentukan penurunan sesuai dengan bidang Hodge dapat ditetapkan kemungkinan persalinan melalui vaginal, atau persalinan dengan operasi sectio caesarea. Bila kepala atau bagian terendah masih tinggi, diatas bidang H II. Persalinan pervaginam sulit dilakukan tanpa trauma persalinan. Persalinan pervaginam yang aman dengan trauma minimal, bila penurunan terendah telah melampaui batas H III



Tabel 2.19

Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaanan

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

Sumber : Saifuddin,2013

g) 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 permenit.

Bila demikian, baringkan ibu kesisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi.

h) His

His kala II, his semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba.2012:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksinya uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatan) hingga serviks membuka lengkap (10cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro.2008:40),

2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastao,2008:79).

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro,2008:99)

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah itu (Wiknjosastro,2008:99)

i) Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2008:43-44) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

1) Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma varikosa vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah. Perdarahan pervaginam atau mekonium.

a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf

d) Jika mekonium kental, nilai DJJ dan merujuk.

e) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.

f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

3) Adanya luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinium atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

4) Menilai pembukaaan dan penipisan serviks.

5) Memastikan tali pusat dan/atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.

6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.

7) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjukan (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk mesilai derajat peryusupan atau tumpang tindih talang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuian jalan lahir apakah sesuai.

j) Pemeriksaan panggul

Menurut Wiknjosastro (2007:44-45) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan sebagai berikut

1) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul.

2) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan bberarti ada kesempitan panggul

- 3) Spina ischiadika normal, tidak menonjol kedalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
- 4) Sudut arcus pubis > 90 bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- 5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

k) Pemeriksaan penunjang

1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa. dan protein urin (Fraser Cooper.2009:453).

2) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli.2011:187).

3) Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memaki prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45)

4) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiograf*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD:FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap

frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011;190).

2. Diagnosa kebidanan

- a. $G_{\geq 1P}$ 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 fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney et all 2007:718-719),
 - 2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidak nyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro.2008:40).
 - 3) Kala II dengan kemungkinan masalah
 - a) Kekurangan cairan
 - b) infeksi
 - c) Kram tungkai (Varney et all 2007:722)
- b. Bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No 938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan)
- c. $P_{\geq 1}$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Sulistyawati, (2010:238)
- d. $P_{\geq 1}$ kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinnn masalah yang terjadi menurut.
 - 1) Atonia uteri (Sukarni,2013:243)

2) Robekan vagina, perineum atau serviks (Sukarni,2013 274)

3. Perencanaan

a. P_{APIAH} UK 37-40 minggu, UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterin, 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/aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

- 1) Ku baik, kesadaran kompesmentis.
- 2) TTV dalam batas normal
 T: 100/60-130/90 mmHg
 S:36,5-37 C
 N : 80-100 x/menit
 R: 16-24 x/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, gerakan aktif
- 7) Kala II pada primigravida <30 meit sedangkan multigravida c15 menit

- 8) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- 9) perdarahan <500 cc

intervensi menurut Wiknjosastro.2008:79-87

- 1) Perhatikan psikososial ibu dan berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selama didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung
R / ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan
- 2) Anjurkan ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup untuk mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu saat proses persalinan, serta untuk energi dalam persediaan mengejan.
R/ persiapan energi untuk persalinan
- 3) bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman dengan miring ke kiri.
R/ mempercepat penurunan kepala janin
- 4) anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap
R/ mempercepat penurunan kepala janin.
- 5) Observasi TTV
 - a) DIJ setiap 30 menit sekali

- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit
- c) Nadi setiap 30 menit
- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala III atau jika ada indikasi
- e) Penurunan terbawah janin setiap 4 jam
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam sekali

R/ mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin

- 6) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih tiap 2 jam

R/ bila kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri pada waktu his

- 7) Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal

- a) Mengenali tanda dan gejala kala II

R/ Dengan melihat tanda gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat

- (1) Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

- a. ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

- b. Ibu merasa adanya tekanan pada anus.

- c. Perineum menonjol

- d. Vulva dan sfinger ani membuka

- b) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja. waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(2) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir untuk mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dai kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi.
- b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.

(3) Pakai clemek plastik.

R/ Clemek merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro,2008:80)

(4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan

kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Mencegah mikroorganisme berpindah dari satu individu ke individu lainnya (ibu, bayi baru lahir dan para penolong persalinan).

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular melalui darah (Varney,2008:1117)

(6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

c) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptio partio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

(7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dan depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

a. Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

- b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
- c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin , 0.5 % langkah 9)

R/ Upaya pencegahan infeksi

- (8) Mengganti sarung tangan jika terkontam (meletakan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan klorin).

R/ Upaya pencegahan infeksi.

- (9) Dengan menggunakan teknik aseptik. melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap lakukan amniotomi
- (10) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur perisio dan keadaan janin yang baik yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

- a. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
- b. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi

- (11) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % . Kemudian lepaskan dan rendam dalam

keadaan terbalik dalam larutan klorin 0.5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ Upaya pencegahan infeksi

(12) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160) /menit

R/ Memantau keadaan janin

- a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian

(13) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan ibu bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjastro,2008:87).

(14) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)

R/ Mempermudah ibu untuk meneran.

(15) Laksanakan binbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

- a. Bimbing ibu untuk meneran dengan benar secara efektif
- b. Dukung dan beri semangat pada saat ibu meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
- c. Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali berbaring terlentang dalam waktu yang lama),
- d. Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum di sela-sela kontraksi.
- e. Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat untuk ibu
- f. Beri cukup asupan cairan peroral (minum),
- g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda
- h. Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida)

(16) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/ Mempermudah ibu untuk meneran

d) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi

R/ Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi. serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong

(17) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi di vulva dengan diameter 5-6 cm.

R/ memudahkan petugas untuk mengelap bayi ketika sudah lahir

(18) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bagian bawah bokong ibu.

R/ mempermudah tindakan stenen

(19) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan

R/ mempermudah petugas dalam tindakan

(20) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ sebagai salah satu alat pelindung diri dan pencegahan infeksi

e) Persiapkan pertolongan kelahiran

R/ Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perinium.

(21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vuiva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan

yang lain menahan kepala bayi untuk menahan defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat.

R/Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjosastro,2008:89)

(22) Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi,dan segera proses kelahiran bayi.

R/ Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney et all 2008: 1146).

- a. Jika talipusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian ats kepala bayi
- b. Jika tali pusat melilit Icher secara kuat, klem tali pusat dari kedua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.

(23) Tunggu kepala bayi putar paksi luar, pegang secara seponatan

Lahirnya bahu

R/ Tidak adanya putaran paksi luar dapat mengindikasikan adanya distosia bahu.

(24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya kontraksi. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang

Lahirnya badan dan tungkai

R/ Tarikan yang berlebihan pada kepala dapat mengakibatkan trauma pada pleksus brakhialis.

(25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk dan memegang lengan dan siku sebelah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan menelusuri dan mengang lengan dan siku sebelah atas

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku, dan tangan bahu belakang saat bagian-bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perenium

(26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung. bokong, tungkai dan kaki Pegang kedua mata kaki masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya.

R/ Tangan bawah (posterior) digunakan untuk menyangga/ menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Tangan atas

(anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior.

f) Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin

R/ Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau mega-mega, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

(27) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu

- a. Apakah bayi menangis kuat dan bernafas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- c. Apakah kulit bayi berwarna merah?

(28) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian telapak tangan. Ganti handuk basah dengan handuk kering yang lainnya.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi pada bayi.

(29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus (hamil tunggal)

R/ Memastikan tidak ada janin yang kedua (kehamilan gemelli).

(30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus kontrak dengan baik

R/ Wujud asuhan sayang ibu.

(31) Dalam 1 menit setelah bayi baru lahir, lakukan penyuntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin)

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

(32) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 3-5cm distal dari klem pertama.

R/ memudahkan tindakan PTT

(33) Pemotongan dan ikat tali pusat

- a. Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara tali pusat tersebut.

- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
- c. Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah di sediakan (larutan clorin)

(34) Letakan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit bayi, letakan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantar payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

R/ Wujud asuhan sayang ibu dan upaya untuk meningkatkan *bonding attachment* antara bayi dan ibu.

(35) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi

Kala III

g) Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjastro.2008:100-106)
penanganan tali pusat untuk melahirkan tali pusat.

(36) Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5cm dari vulva ibu

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi

(37) Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, diteri atas simfisis, dan tangan lain untuk menegangkan tali pusat.

R/ Tangan bidan berada diatas perut pasien untuk mengetahui adanya kontraksi

(38) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas
R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.
Mengeluarkan plasenta.

(39) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sanbil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap dilakukan dorso kranial)

a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

1. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

2. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
4. Ulangi penegangan tali pusat i5 menit berikutnya.
5. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

R/ Melakukan PTT akan memungkinkan bidan dapat melahirkan plasenta secara aman segera setelah plasenta terjadi. Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu

(40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

R/ Teknik ini dilakukan untuk mencegah robekan kulit ketuban

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan akukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik

R/ Mencegah perdarahan yang berlebihan, dan merupakan diagnosis cepat dari atonia uteri

Kala IV

h) Menilai perdarahan

(42) periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

R/ Sisa selaput ketuban atau bagian plasenta yang tertinggal didalam uterus akan menyebabkan perdarahan dan infeksi

(43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

i) Melakukan prosedur pasca salin

(44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

R/ Mencegah perdarahan yang berlebih

(45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

R/ Mencegah hipotermi

a. Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam (45) waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

b. Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

(46) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/ pengukuran bayi. beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

R/ imunisasi berguna untuk daya tahan tubuh untuk bayi

(47) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral

a. Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

b. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

R/ imunisasi berguna untuk daya tahan tubuh untuk bayi

(48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam

a. 2-3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

- b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan
- c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
- d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri

(49) Ajarkan ibu dan keluarga cara massase uterus dan menilai kontraksi

R/ Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

R/ memperkirakan kehilangan darah pada ibu.

(51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum.

R/ mencegah terjadinya syok pada ibu akibat kehilangan darah

a. Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.

b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

(52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36°C-37,5°C)

R/ Memantau keadaan bayi

(53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

R/ Upaya pencegahan infeksi

(54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai

R/ Upaya pencegahan infeksi

(55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan keruban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering

R/ Upaya pencegahan infeksi

(56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

R/ merangsang produksi ASI pada ibu

(57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan hutun klorin 0.5 % selama 10 menit.

R/ Upaya pencegahan infeksi

(58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0.5 % selama 10 menit .

R/ Upaya pencegahan infeksi

(59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

R/ Upaya pencegahan infeksi

Dokumentasi

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV

R/ mendapatkan informasi selama persalinan untuk mengambil keputusan

Asuhan pemantauan pada kala IV

- a) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
- b) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit selama jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.
- c) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
- d) Mengajarkan pada ibu untuk memijat uterus jika uterus menjadi lembek (Rohani, 2011: 44).

Kemungkinan masalah saat persalinan:

1) Masalah kala I

1. Cemas dalam menghadapi proses persalinan.

a. Tujuan:

Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

b. Kriteria:

ibu tampak tenang

c. Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

1) Jelaskan fisiologis persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya

3) Jelaskan prosedur dan batas tindakan yang diberlakukan

R/ Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan

2. Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

a. Tujuan:

Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan.

b. Kriteria

Nyeri punggung berkurang, ibu tidak merasa cemas, ibu merasa tenang

c. Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

- 2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

- 3) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi

- 4) Pengipasan atau penggunaan anduk sebagai kipas.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

- 5) Pemberian kompres panas pada punggung

R/ Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

- 2) Masalah kala II

2. Kekurangan cairan

- a. Tujuan

Tidak terjadi dehidrasi

- b. Kriteria:

Nadi 76-100x/menit, urin jernih, produksi urine 30cc/jam

- c. Intervensi menurut Wiknjastro (2008:116).

- 1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum

- 2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- 3) Segera nujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi

3. Kram tungkai (Varney.ct.al, 2007:722)

- a. Tujuan:

Tidak terjadi kram tungkai

- b. Kriteria

Sirkulasi darah lancar

- c. Intervensi;

- 1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstermitas bawah.

- 2) Atur posisi dorso fleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaran nyeri

3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

4. Nyeri karena kontraksi uterus

a. Tujuan:

Ibu merasa nyeri terhadap proses persalinan

b. Kriteria:

a) Nyeri punggung berkurang

b) Ibu merasa berkurang

c. Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/ kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologi dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan

2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan

R/ sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

(a) Berikan usapan punggung

R/ Usapan punggung meningkatkan relaksasi

(b) Penggunaan handuk sebagai kipas

R/ ibu bersalina menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringa

(c) Pemberian kompres panas pada punggung

R/ kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

5. Infeksi (Wiknjastro, 2008:116)

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda tanda vital

- 1) Nadi dalam batas normal (80-100x/menit)
- 2) Suhu 36-37,5⁰C
- 3) KU baik
- 4) Cairan ketuban cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:116)

- 1) Baringkan miring ke kiri

R/ tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- 2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/ infeksi yang tidak segera tertangani akan berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawat daruratan ibu dan janin.

3) Masalah kala III

1. Retensio plasenta (Wiknjosastro, 2008:114)

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap

Kriteria: tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:114)

1) Plasenta di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

- 3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.
- 4) Dampingi ibu ke tempat rujukan
- 5) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2. Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119)

- 1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi
- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- 3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan pemeriksaan plasenta

Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

4) Masalah kala IV

1. Atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:115)

Tujuan : Antonia uteri dapat teratasi

Kriteria : 1) kontraksi uterus baik, keras dan bundar

2) perdarahan < 500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:121):

1) segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang

2) jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin

3) jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah

- 5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

2. Robekan vagina, perineum tau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atu serviks dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik
- 2) Perdarahan < 500cc

Intervensi Wiknjosastro (2008 : 247):

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- 2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- 3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

- (a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS
- (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
- (c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darutrat obstetri.
- (d) Dampingi ibu ketempat rujukan

3. Sub involusi uterus

Tujuan: Sub involusi uterus dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Kontraksi uterus baik
- 2) Tidak terjadinya infeksi

intervensi sriningsih (2018:492)

- 1) Pemberian antibiotika
- 2) Pemberian uteronika. Dilakukan dengan memberikan injeksi methergin ditambah dengan ergometrin peroral
- 3) Pemberian tranfusi
- 4) Dilakukan kerokan bila disebabkan karena tertinggalnya sisa-sisa plasenta

(d) 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 criteria:

- a. Memperhatikan keurikan klien sebagai makhluk bio-nsiko-spiritual kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based

- d. Melibatkan klien pasien
- e. Menjaga privacy klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Meneatat semua tindakan yang dilakukan

(e) Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani.2008) Menurut Kepmenkes RI No 938/Menkeu Sk/VIL/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.dengan kriteria

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan tentang standar asuhan kebidanan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondii klien/pasien

(f) Dokumentasi

Kepmenkes RI No. 938/Menkes SK VII1/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekim medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan nifas, asuhan kebidanan pada neonatus, dan asuhan pada keluarga berencana kehamilan pada bersalinan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

1. Pengkajian data

berdasarkan Simatupang (2008) pengkajian adalah dengan mengumpulkan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. (Nurhidayah,2104:67)

a. Data Subyektif

1) Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari – hari, agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

b) Umur

Di catat dalam tahun untuk diketahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat – alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk pendarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010:132).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdo'a (Ambarwati, 2010:132).

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat

memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2010:132).

e) Pekerjaan

Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati, 2010:132).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010:132).

2) Keluhan Utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

1. *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

2. Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk

mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

3. Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

4. Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5. Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

6. Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

3) Riwayat Kesehatan

Data – data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

1. Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

2. Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

3. Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

4. Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010:336).

5. Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

4) Riwayat Nifas Sekarang

Ibu dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana

ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:145)

5) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat Haid

Data ini memang tidak secara langsung berhubungan dengan masa nifas, namun dari data yang di peroleh bidan, bidan mempunyai gambaran tentang dasar dari organ reproduksinya antara lain menarche, siklus, lamanya, volume, keluhan.

b) Riwayat nifas yang lalu. (Saifuddin, 2009:129).

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201).

c) Riwayat KB

Untuk mengetahui KB apa yang pernah digunakan, jika ber KB lamanya berapa tahun, alat kontrasepsi apa yang digunakan. (Manuaba, 2010:201).

6) Pola kebiasaan sehari – hari

a) Pola nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan (Ambarwati, 2010:128).

Tabel 2.20

Contoh menu makan ibu nifas

Kebutuhan makan ibu menyusui dalam sehari			
Bahan-makanan	Ibu menyusui bayi/ anak		
	Bayi umur 0-6 bulan	Bayi umur 7-12 bulan	Bayi umur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4 ½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Manuaba, 2008:145)

b) Personal hygiene

Untuk mengetahui berapa kali pasien mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian. (Ambarwati, 2010:128).

c) Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB maupun BAK dalam sehari apakah mengalami kesulitan atau sudah pergi ke kamar mandi sendiri. dalam keadaan normal ibu dapat BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan, sedangkan BAB biasanya tertunda 2 sampai 3 hari setelah melahirkan (Sujiyatini, 2009:67)

d) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur (Wulandari, 2010:120)

e) Pola seksual

Diisi untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan dalam seminggu (Sulistyawati, 2009:109).

f) Pola kebiasaan

a. Makanan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi tiap hari) (Heryani R, 2010: 57)

b. Minum

Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Pil zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul

vitamin A (2000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Heryani R, 2010: 57)

g) Riwayat Psikologi Spiritual

Ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut *Postpartum blues*. *Postpartum blues* sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayinya (Anggraini, 2010:136).

b. Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik, palpasi, auskultasi, dan perkusi serta pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium. Data obyektif meliputi :

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan Umum

Untuk mengetahui kesadaran umum ibu baik, sedang, atau jelek (Nursalam,2008), pada kasus ibu hamil dengan letak lintang keadaanya umum baik(Saiffudin,2006:145)

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, apatis, somnolen, atau koma pada ibu hamil letak lintang kesadarannya composmentis (Saiffudin,2006:145).

c) Tekanan Darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi (Saiffudin, 2006:145). Batas normal 120/80 mmhg (Perry, 2005:276).

d) Suhu

Untuk menilai kondisi metabolisme dalam tubuh menghasilkan panas secara kimiawi melalui metabolisme darah (alimul, 2006) untuk mendeteksi dini adanya gangguan termoregulator di hipotalamus normalnya 36 – 37,5 C (Perry, 2005:276).

e) Denyut Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit, batas normal 60-100 kali/ menit (Wiknjosastro,2006:157).

f) Respirasi

Untuk mengetahui kelainan pada organ – organ saluran nafas normalnya 20-28 kali per menit (Perry, 2005:267).

g) Tinggi Badan

Untuk mengetahui tinggi badan ibu hamil kurang dari 145cm atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak (Varney,2007:123).

h) Berat Badan

Untuk mengetahui adanya kenaikan berat badan rata – rata 0,3 – 0,5kg perminggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama hamil 9-12kg (Saiffudin,2006:145).

i) Lila

Untuk mengetahui lingkaran lengan atas ibu hamil apakah normal atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak, batas normal 23,5 cm (Varney,2007:124).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati,2012:63)

b) Muka

Tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak pucat, dan tidak ada oedema. (Romauli, 2011:384).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 2011:384).

d) Hidung

Untuk mengetahui adanya pernafasan cuping hidung atau tidak, bersih atau tidak, adanya secret atau tidak (Sulistyawati:2009:157)

e) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis atau tidak. Untuk mengetahui adanya

stomatitis, karies gisi, gusiberdarah atau tidak (Sulistyawati,2012: 157).

f) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011: 99)

g) Leher

Untuk mengetahui adakah pembesaran kelenjar limfe atau parotitis (Sulistyawati,2009:124)

h) Payudara

Pembesaran puting susu (menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI sudah keluar, adakah pembengkakan, radang, atau benjolan abnormal. (Saifuddin, 2009:124).

i) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124).

Menurut Varney et al (2007:1064), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma

selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi.

Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi

dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

- d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal..

- j) Genetalia dan perineum

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007:969). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

- k) Ekstermitas bawah

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418).

- l) Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100):

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

m) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010:239).

2. Analisis Data

Analisis/assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan objektif, mencakup diagnosa/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untukantisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatun, 2010 :248-249).

3. Diagnosa Kehamilan

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegaskan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c. Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, rujukan.

Menurut Depkes RI (2007:9), unsur – unsur dalam diagnose kebidanan yaitu :

- a. Kondisi pasien/klien yang terkait dengan masalah
- b. Masalah utama dan penyebab utama
- c. Masalah potensial
- d. Prognosa

Langkah merumuskan diagnose kebidanan ini berlaku untuk semua asuhan Diagnose P...A...hari...post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati A,2009 :156). PAPIAH, Post partum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney, et.al, 2007:974)

4. Intervensi

Diagnosa : PAPIAH, Postpartum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, yeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati A, 2009:126)

Tujuan : masa nifas berjalan dengan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria hasil :

Menurut (Manuaba dkk, 2010:114) adalah :

- a. Keadaan Umum : kesadaran Composmentis

b. Konstraksi uterus baik (bundar dan keras)

Tanda – tanda vital :

T : 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5%

RR : 16-24 x/menit (sulistyawati, 2009:123)

c. Laktasi normal

Kolostrum menggunakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, merupakan bahan yang sangat kaya akan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira – kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni,2009:27)

d. Involusi Uterus Normal

involusi uteri adalah proses kembalinya uterus ke ukuran dan bentuk seperti sebelumhamil yang tidak sempurna. Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan salah satu dari penyebab umum perdarahan pascapartum. (Rahayu, 2016. 85)

Tabel 2.21
Perubahan Uterus selama Postpartum

Waktu	TFU	Bobot	Diameter	Serviks
Pada akhir Persalinan	Setinggi pusat	900 – 1000 gram	12,5 cm	Lembut/ Lunak
12 jam	Sekitar 12 – 13cm dari atas symphysis atau 1 cm dibawah pusat/ sepusat	-	-	-
3 hari	3cm dibawah pusat selanjutnya turun 1cm/hari	-	-	-
Hari ke-7	5 – 6 cm dari pinggir atas symphysis atau pertengahan pusat dan symphysis	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Hari ke-14	Tidak teraba	200gram	5,0 cm	1 cm
Hari ke-40	Normal	60gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Rahayu A.P. 2016. 85

e. Lochea Normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

Intervensi

- a. Lakukan pemeriksaan pemeriksaan KU,TTV, laktasi, involusi, dan Lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi (saiffudin, 2006:123)

- b. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/ zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saiffudin, 2009).

- c. Jelaskan pada ibu mengenai senam pascapersalinan (senam nifas).

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan / mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsung seperti semula (Mochtar,2012).

- d. Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar,2012).

- e. Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marni,2012)

Kemungkinan masalah

- a. Masalah 1 : konstipasi

Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah konstipasi dapat teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak intervensi menurut Sulistyawati (2009:101), antara lain

- 1) Jelaskan fisiologis konstipasi yang dialami ibu

R/ Ibu memahami dan ibu tidak cemas lagi.

- 2) Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8 gelas/hari

R/ Cairan dapat memperlancar kerja peristaltic usus

- 3) Anjurkan ibu segera BAB bila terasa.

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

- 4) Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan, serta dalam diet.

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat

- 5) Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum air panas/ dingin sehingga dapat merangsang BAB.

b. Masalah 2 : Retensi Urine

Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan masalah retensi urine dapat teratasi.

Kriteria hasil : Ibu bisa BAK setelah 2 jam postpartum

Intervensi menurut Utami dkk(2014)

- 1) Lakukan pemasangan kateter tetap selama 24 jam

R/ menjaga kandung kemih agar tetap kosong

2) Lakukan *Baldertraining* dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a) Berikan edukasi kepada klien tentang pentingnya eliminasi BAK spontan setelah melahirkan.

R/ Retensio urine pada masa nifas dapat mempengaruhi aktifitas sehari-hari dan aktifitas menyusui karena ibu tidak akan merasa nyaman melakukan aktifitas dan nyeri perut bagian bawah karena kandung kemih yang penuh dan menyebabkan sub involusi uterus.

b) Berikan air minum

R/ hal ini di mungkinkan dengan adanya asupan cairan dapat menstimulasi kerja ginjal, sehingga akan timbul keinginan keinginan ibu postpartum untuk berkemih.

c) Ukur tanda-tanda vital dan *Baldder traininng* dimulai dari 2 jam postpartum

R/ Hal ini dikarenakan perlu kondisi yang stabil untuk turun dari tempat tidur dan mengikuti program *Blader Training*. Untuk

mempercepat pemulihan kondisi setelah melahirkan diperlukannya ambulasi dini dan berkemih setelah 2 jam postpartum untuk menghindari terjadinya pendarahan postpartum.

- d) Bawa klien ke toilet untuk BAK dengan posisi duduk dan menyiram perineum dengan air hangat.

R/ Hal ini dimungkinkan untuk merelaksasikan kandung kemih sehingga ibu postpartum dapat bisa berkemih dengan nyaman.

- e) Buka kran air maksimal 15 menit dimulai sejak klien berada dit toilet

R/ hal ini merupakan salah satau stimulus yang dapat mempercepat berkemih

- f) Observasi apakah sudah BAK/ belum

R/ hal ini dimungkinkan untuk mengetahui kemampuan ibu berkemih setelah melahirkan dalam batas normal atau terdapat masalah setelah melahirkan,

Ulang *baldder training* setiap 2 jam bila belum bisa BAK.

R/ Hal ini dimungkinkan untuk melihat perkembangan berkemih dalam setiap 2 jam.

c. Masalah 3 : Nyeri Pada luka Jahitan

Tujuan : setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria Hasil : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktifitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Purwanti (2012 : 89) antara lain :

1) Observasi luka jahitan perineum

R/ Untuk mengkaji jahitan Perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Ajurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/ mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

4) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap jam bila perlu)

R/ meningkatkan Ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

d. Masalah 4 : *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria Hasil :

- 1) Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Bahiyatun (2009 :123-124) :

- 1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- 2) Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi terlungkup dan bantal dibawah perut

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Jika perlu diberikan analgesic (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen),

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

e. Masalah 5 : pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Manuaba (2010:420) antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

- 3) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

6) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

7) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

5. Implementasi

bidan merencanakan asuhan kehidupan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007).

6. Evaluasi

Adalah mengevaluasi keefektifannya dari asuhan yang diberikan ulang lagi proses manajemen dengan benar terhadap semua aspek asuhan yang diberikan namun belum efektif merencanakan kembali yang belum terencana (Rukiyah dkk, 2011)

7. Dokumentasi

Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Depkes RI (2008), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang suda dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.



2.2.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/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 :

1) Data Subyektif

a) Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba,2012:205).

1) Keluhan utama

Terjadi seborrhea, milliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash*. (Marni, 2012:207-229).

2) Riwayat Antenatal

Menurut varney *et all*, (2007:916) 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 bayi baru lahir.

3) Riwayat Natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikansi 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, 2007:368).

4) Riwayat Post Natal

Menurut Varney et al, (2007:917) bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal

5) Imunisasi tetanus toksoid (TT)

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi segera setelah lahir menggunakan *uninject*(Varney dkk, 2008: 917)

Tabel 2.22
Jadwal pemberian imunisasi

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

Sumber : Dewi, 2010:33)

1) Pola Kebiasaan Sehari-hari

1. Nutrisi

Keutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan, taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kg/hari. Secara umum bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marni,2012:379).

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2.23
Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke-1	60ml	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. 2009:380

2. Eliminasi

a) Buang Air Kecil

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali perhari, untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus di ganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

b) Buang Air Besar

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marni,2012:77),

3. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir sampai 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marni, 2012:81).

Tabel 2.24
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011: 29)

4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusar. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:77-378).

5. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun, adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini

terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009:137).

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (fraser *et all*, 2009:712).

b) Data Obyektif

1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-meraha, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu 36,5C-37C (Wiknjastro, 2009:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan(Saifuddin, 2006:137).

2) Tanda-tanda Vital

a) Pernafasan

Pernafasan cepat pada meni-meni pertama kurang lebih 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjastro 2005:255). Pada pernapasan

normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2009:138).

Tabel 2.25
Apgar Score

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

Sumber : (Saifuddin, 2009:138).

b) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5C (Varney *et al*, 2007:882. Suhu tubuh paling kurang di ukur satu kali sehari.

Bila suhu rektal di bawah 36C, bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas misalnya di dalam inkubator yg mempunyai suhu 36C-32C, dalam pangkuan ibu atau bayi dibungkus dan diletakkan botol-botol hangat disekitarnya. Dapat pula dipakai lampu yang disorotkan ke arah bayi. Disamping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rektal diukur setiap 1,5 jam sampai suhu tubuh diatas 36C (Wiknjosastro,2005:256).

c) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit- 120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2005:255). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh,2008:3690). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali permenitSertaberfluktasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser *et all*, 2009:710).

3) Antropometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan,hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2007:256). Berat badan sebaiknya tiap hari di pantau penurunan berat badan lebih dari

5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009:138). Berikut disajikan tabel 2.24 mengenai penurunan berat badan sesuai umur :

Tabel 2.26

Penurunan Berat Badan dan Kenaikan sesuai Umur

Umur	Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidak-tidaknya 160gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari)
1 bulan minggu pertama	Naik setidak-tidaknya 300gram dalam bulan pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap harinya dengan alat	
Minggu pertama	Setidaknya ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidak-tidaknya 20gram

Sumber : Wiknjosastro, 2008:143

b) Panjang badan

Panjang bayi di ukur dari ujung kepala sampai ujung tumit, dengan keyskinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008:368). Menurut Varney, Kriebs dan Gegor, (2007:921). Panjang bayi baru lahir terlentang rata menghadap permukaan

yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur pangjang bayi dalam satuan sentimeter.

c) Ukuran kepala menurut Winkjosastro(2009:119) meliputi :

- | | |
|---|-------------|
| (1) Diameter suboksipito-breghmatikus | : 9,5-10 cm |
| (2) Diameter oksipito-frontalis | :11-12 cm |
| (3) Diameter oksipito metalis | :13,5-15 cm |
| (4) Diameter submento-breghmatika | :9,5-10 cm |
| (5) Diameter biparietalis | :9,5-10 cm |
| (6) Diameter bitemporalis | :8-10 cm |
| (a) Sirkumferensia suboksipito-breghmatikus | : 33-34 |
| cm | |
| (b) Sirkumferensia submento-breghmatika | :32-33 |
| cm | |
| (c) Sirkumferensia oksipito-frontalis | :33-35 |
| cm | |
| (d) Sirkumferensia mento-oksipitalis | :34- |
| 35,5 cm | |

d) Lingkar dada :33-38 cm

e) Lingkar lengan : 11 cm

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Satuan 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, terbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal* hematoma (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang perietal, 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 (Marni, 2012:56).

b) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah posisi atau lemak 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, 2012:57).

c) 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, 2012:57)

d) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007:370). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush* (Marmi,2012:211).

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaann saluran cerna (Saifuddin, 2006:137). Membran mukosa mulut lembabdan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi.(Fraser *et all*, 2009:711).

e) Telinga

Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009:709). Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2006:33).

f) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012:57-58).

g) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dadadan 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, 2012:58).

h) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007: 335).

i) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan

karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2012:58).

j) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007: 339).

k) Genetalia

(1) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012:59).

(2) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012:59)

l) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (marmi, 2012:59)

m) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus prporional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus tetap 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong beresiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2008:371-372).

n) Kulit dan Kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerah-merahan 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, 2006:137). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat di bahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser *et al*, 2009:709).

o) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:923).

(1) Refleks melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012:72).

(2) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks

menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

(3) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

(4) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir diserti refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu (Marmi 2012:270)

(5) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012:70)

(6) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi,2012:71)

(7) Refleks terkejut (*morc reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih

lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleksi ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya (Marmi, 2012:71)

(8) Refleksi babinsky

Gorekan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012:71).

(9) Refleksi menoleh (*tonikneck refleksi*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:72).

(10) Refleksi ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:71).

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, menginterpretasikanya 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 rush*, *diaper rush* (Marmi, 2012:207-229).

d) Perencanaan

Diagnosa : Neonatus normal, usia 1-28 hari, aterm, lahir normal /tindakan/secso caesarea, jenis kelamin laki-laki/perempuan, KU baik

Tujuan : Bayi dapat beradaptasi dengan lingkungan.

Kriteria : Bayi merasa nyaman. Orang tua tidak khawatir.
Tidak terjadi komplikasi pada bayi

Intervensi :

- a. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ Ibu mengetahui kondisi bayinya dan kooperatif dengan petugas.

- b. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai perubahan fisiologis, pada bayi usia 1-28 hari.

R/ Dengan diberikan penjelasan mengenai perubahan-perubahan fisiologis, ibu mampu merawat bayinya.

- c. Jelaskan kebutuhan dasar pada bayi baru lahir,

R/ Jibu dapat memenuhi kebutuhan dasar pada bayinya

- d. Jelaskan tanda bahaya bayi pada orang tua

R/ jika ditemui tanda bahaya orang tua segera merujuk untuk perawatan lebih lanjut.

- e. Ajarkan pada orang tua perawatan sehari-hari untuk bayi baru lahir.

R/ Orang tua mengerti cara perawatan bayi sehari-hari

- f. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan neonatal minimal 3x kunjungan yaitu : kunjungan ke 1 (KN1) pada 6-48 jam, (KN2) dilakukan pada 3-7 setelah bayi lahir, KN 3 pada waktu 8-28 hari.

R/ Untuk memantau keadaan neonatus (Walyani, 2014:84).

Potensial masalah

- 1) Masalah 1 : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :a) tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun,

kulit tubuh bayi mengeras/sklerema
(Saifuddin, 2006:373).

b) Suhu bayi 36,5-37,5C (Marmi, 2012:301).

Intervensi menurut Marmi (2012:302) adalah

(1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

(2) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

(3) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kemaian (Saifuddin, 2006:373)

2) Masalah 2 : Ikterik

Tujuan : ikterik tidak terjadi

Kriteria :

a) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL

b) tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit,

mukosa, sklera, dan urine (Marmi 2012:279).

Intervensi menurut Marmi (2012:284) 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 (kernikterus).

(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 perau dari perau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007,943).

3) Masalah 3 : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:306):

- a) Kadar glukosa dalam darah > 45 mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letaargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:306) adalah :

- (1) Kaji bayi baru lahir dan atasi setiap faktor risiko.

R/ Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- (2) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- (3) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- (4) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI,

apabila terdapat tanda ketidak normalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

- (5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

4) Masalah 4 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229):

- (1) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ pemakaian bedak berulang-ulang 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/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

5) Masalah 5 : muntah dan gumoh

Tujuan : bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum 345

Kriteria :

- a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
- b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208)

(1) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/mengurangi masuknya udara yang berlebihan

(2) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

6) Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

1. Cuaca dingin
2. Jarang mencuci rambut
3. Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012: 221-223):

1. Menyelimuti bayi dan memakaikan baju
R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat
2. Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa
R/ Mengeramasi bayi 2-3 kali seminggu
3. Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2 %
R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi

7) Masalah 7 : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi lagi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi : Menurut Marmi (2012)

1. Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida akbicans penyebab oral trush.

2. Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ mematikan kuman dengan suhu tertentu.

3. Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ mencegah timbulnya oral trush.

- 8) Masalah 8 : Diaper rash
- Tujuan : Diaper rash dapat teratasi
- 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 peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

4. Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

e) Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, Efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (kepmenkes RI,2007:6).

f) Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan secara setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera di catat dan di komunikasikan pada klien/keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan di komunikasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

g) Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan standart Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan / kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kehidupan.

Dengan kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, 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 kprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan. Langkah-langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau di lakukan juga untuk

semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

2.2.5 Konsep dasar asuhan Kebidanan pada Akseptor KB

1. Pengkajian Data

A. Data Subyektif

1. Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011: 131)

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013 :9).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011: 132).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2012: 592)

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011: 194).

6) Alamat

Untuk mengetahui pasien tinggal dimana. (Rahayu, 2017:145)

2. Keluhan utama/Alasan pemakaian

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut Saifuddin (2006: U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3. Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2010:43).

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes

mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012:87).

2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012:87).

3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012:87).

4) Untuk menurunkan morbidity dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011:65).

5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servicitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak

diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012:43).

4. Riwayat kebidanan

a) Haid

Pada ibu paska salin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL. Ketika ibu mulai mendapatkan haidnya lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain disamping MAL. Perdarahan sebelum 58 hari paska persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid). (Manuaba, 2010:598).

b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR (Saifuddin, 2010: MK-63). Pada ibu paska keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi (Saifuddin, 2010: U-53). Apabila pada persalinan terjadi perdarahn banyak hingga Hb < 7 gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi.(Saifuddin, 2010: -53)

5. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor , paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun

(pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015: 168).

6. Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

KB Hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya.

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksai otot.

c) Istirahat/Tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala.

d) Aktivitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktivitas karena mudah atau sering pusing dan cepat lelah serta depresi.

e) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

f) Riwayat ketergantungan

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin. (Wiknjosastro, 2006:198).

B. Data Obyektif

Setelah dibahas data subyektif untuk melengkapi data dalam menegakan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan infeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan. Data-data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan Umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2006: MK-43). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser dan Cooper, 2009: 657)

2. Pemeriksaan Antropometri

Untuk pemakaian KB hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg (Saifuddin, 2010: MK-48).Wanita dengan Indeks Masa

Tubuh (IMT) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ merupakan batas maksimal dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2006: U-30).

3. Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi dan timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin/

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2006:MK-52). Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebra pucat mengalami anemia yang memungkinkan terjadinya perdarahan hebat.

c) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa). (Varney. 2008: 36)

d) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik(warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Varney, 2008:36)

e) Mulut dan tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan

- a) Bau napas
- b) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura
- c) Mulut dan mukosa : lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir
- d) Gigi : kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies

- e) Gusi : perdarahan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat.
- f) Lidah : kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan lidah, penyimpangan lidah.
- g) Uvula : deviasi uvula, ukuran, pembesaran
- h) Orofaring : tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan *tonsillar pillar*, inflamasi, edema, perdarahan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil. (Varney dkk, 2008: 36).

f) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. (Varney, 2008: 37)

g) Payudara

Pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe. Untuk pengguna KB MAL Pembesaran payudara simetris, kedua payudara tampak penuh, puting susu menonjol, ASI keluar lancar. Saat selesai menyusui kedua payudara tampak kenyal dan kosong.

Pemakaian KB hormonal memiliki kontra indikasi pada ibu yang memiliki kanker payudara dimana

(pembesaran payudara yang tidak simetris, tegang, ada benjolan abnormal, ada cairan abnormal, puting susu ada tarikan ke dalam, kulit payudara Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara. (Saifuddin, 2010: 55)

h) Abdomen

Mengkerut seperti kulit jeruk, ada benjolan pada axilla). Tidak ada tanda-tanda hamil (hiperpigmentasi areola dan papila, payudara membesar dan tegang), tidak sesak nafas (Saifuddin, 2010: MK-55). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan perdarahan hebat pada waktu haid. (Saifuddin, 2010: 58)

i) Ekstermitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR. (Saifuddin, 2006: MK-77)

j) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013). Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*Spotting*)

antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012)

4. Pemeriksaan Penunjang

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:

- (1)Memastikan bimanual serviks bebas
- (2)Menentukan besar dan posisi uterus
- (3)Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

C. Diagnosis Kebidanan

$P \geq 1$, umur 15-49 tahun, menggunakan KB MAL/AKDR/Kontap/
Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada
kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi
MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik,
prognosa baik. (Saifuddin, 2010:94)

D. Perencanaan

1. Diagnosa : $P \geq 1$, umur 15-49 tahun, menggunakan kontrasepsi
MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum

baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognosa baik

Tujuan : Ibu menjadi peserta KB

Kriteria :

- a) Ibu memilih alat kontrasepsi
- b) Ibu memakai metode sesuai dengan pilihanya

Intervensi menurut saifuddin (2010: U-3,U-4):

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Rasional: Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

Rasional: Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien.

- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, kontraindikasi.

Rasional: Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.

- 4) Bantulah klien menentukan pilihanya.

Rasional: klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhanya.

- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

Rasional: Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihanya.

Rasional: Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- 7) Persilahkan untuk klien dan suami mengisi *informed consent*.

Rasional: Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- 8) Konseling pra pelayanan KB paska salin meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian, indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan.

Rasional: Jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka dapat lebih mantap dalam pemakaian metode kontrasepsi.

- 9) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

Rasional: Pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

- 10) Memberikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi meliputi penyampaian efek samping penggunaan, yang harus dilakukan jika timbul keluhan dan jadwal kontrol ulang.

Rasional: Konseling pasca pelayanan ibu tidak akan khawatir jika ada efek samping dan kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

a. Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2006:MK-47) :

- 1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*.

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

- 2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/Ibu dapat merasa tenang dengan 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 : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2006:MK-33) :

- 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.

c. Masalah 3: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2006:MK-47) adalah:

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

d. Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Saifuddin (2006:MK-79) :

- 1) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

e. Masalah 5 : Kenaikan berat badan

Tujuan : Berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut Dyah dkk (2011: 218) antara lain :

1. Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.

2. Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

3. Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi

4. Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/ memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

E. Implementasi

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: 6). Dengan kriteria:

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*inform 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) Melaksanakan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

F. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan

asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga.

Menurut Kepmenkes RI (2007: 7), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut

- S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- P : Adalah 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.

