

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1.1 Konsep dasar/Teori

1.1.1 Konsep dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan) di hitung dari hari pertama haid terakhir dengan 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari empat bulan sampai 6 bulan, dan triwulan ke tiga dari bulan ke tujuh sampai Sembilan bulan (Saifuddin, 2013; 89).

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi, dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010; 110).

Antenatal care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditunjukkan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim dan ibunya (Manuaba, 2010; 112).

B. Klasifikasi Kehamilan

Kehamilan dibagi dalam 3 trimester:

1. Trimester pertama (Antara 0 sampai 12 minggu)

Menurut Nirwana (2011) dalam Farida (2016 : 22) Ketika wanita dinyatakan hamil, maka kadar hormone progesterone dalam tubuh akan menngkat dan akan menimbulkan mual, muntah pada pagi hari, lemah, letih dan membesarnya payudara. Pada awal kehamilannya ibu akan membenci perubahan yang terjadi pada dirinya. Banyak ibu merasa kecewa, terjadi penolakan, kecemasan, dan kesedihan.

2. Trimester kedua

Menurut Wulandari (2010) dalam Dela (2016 : 29) ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini ibu dapat merasakan kehamilannya. Banyak ibu merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama.

3. Trimester ketiga (Antara 28 sampai 40 minggu)

Menurut Wulandari (2010) dalam Dela (2016 : 29) pada trimester ketiga ibu akan bersikap melindungi bayi nya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayi nya. Seorang ibu mungkin mulai merasa

takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan dan merasa khawatir akan keselamatannya.

C. Tanda-Tanda Kehamilan

1. Tanda Tidak Pasti (Presuntive Sign)

a. Amenorea (berhentinya menstruasi)

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

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

Pengaruh esterogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari (*morning sickness*)

c. Mengidam

Wanita hamil sering menginginkan makan tertentu. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan akan menghilang dengan makin tuannya kehamilan.

d. Pingsan (*Syncope*)

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan pingsan dan akan menghilang setelah usia 16 minggu.

e. Lelah (*fatigue*)

Sering terjadi pada trimester I, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolism rate –BMR) pada kehamilan.

f. Payudara tegang

Esterogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang nyeri selama 2 bulan pertama kehamilan.

g. Sedang miksi

Desakan Rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Ini terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada akhir triwulan gejala bisa muncul kembali karena janin mulai masuk rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

h. Konstipasi dan Obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun)

i. Pigmentasi pada kulit

Terjadi pada usia kehamilan 12 minggu. Terjadi karena pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

j. Epulis

Hipertropi papillagingivae/gusi sering terjadi pada triwulan pertama.

k. Varices atau penampakan pembuluh darah vena

Pengaruh esterogen dan progesterone menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varices dapat terjadi sekitar genitalia eksterna, kaki, dan betis serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan. (Hani, dkk. 2011. 72-74)

2. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

a. Perut membesar

Terjadi pembesaran abdomen secara progresif kehamilan 7 sampai 28 minggu. Pada 16-22 minggu, pertumbuhan terjadi secara cepat dimana uterus keluar panggul dan mengisi rongga abdomen. (Ina, 2014:102).

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan. Peningkatan hormone esterogen dan progesterone pada awal kehamilan menyebabkan

hipertropi myometrium. Hipertropi tersebut bersamaan dengan peningkatan yang nyata dari jaringan elastin dan akumulasi dari jaringan fibrosa, sehingga jaringan fibrosa struktur dinding uterus menjadi lebih kuat terhadap regangan dan distensi. Hipertropi myometrium juga disertai dengan peningkatan vaskularisasi dan pembuluh limfatik. Peningkatan vaskularisasi, kongesti, dan oedema jaringan dinding uterus dan hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan berbagai perubahan yang dikenali dengan tanda Chadwick, Goodell, dan Hegar. (Hani, dkk. 2011; 40)

b. Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dari Rahim.

c. Tanda Hegar

Konsistensi Rahim yang menjadi lunak, terutama daerah isthmus uteri sedemikian lunaknya, hingga kalau meletakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut atas symphysis, maka isthmus ini tidak berada seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari serviks.

Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri. (Hani, dkk. 2011; 74)

d. Tanda chadwick

Vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (lividae) yang disebabkan oleh adanya hipervaskularisasi. Warna porsio juga akan tampak lividae. Hali ini disebabkan oleh adanya pengaruh hormone esterogen.

e. Tanda piscaseck

Uterus membesar kesalah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran uterus.

Tanda piscaseck merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang terlebih dahulu. (Hani, dkk. 2011; 45)

f. Kontraksi-kontraksi kecil uterus bila dirangsang

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Saat palpasi atau pemeriksaan dalam, uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan.

g. Teraba ballotement

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dalam uterus. (Ina, 2014 ; 102-103)

3. Tanda Pasti Kehamilan

a. Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ)

Dapat di dengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop Laenec, DJJ baru dapat di dengar pada usia kehamilan 18-20 minggu. (Sulistyawati, 2012; 87)

b. Terasa gerak janin

Gerakan janin ini harus dapat di raba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu. (Soffian A, 2011; 65).

c. Bagian-bagian Janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat sempurna lagi menggunakan USG kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG. (Hani, dkk. 2011; 78).

Pemeriksaan USG pada ibu hamil yaitu mengkonfirmasi awal kehamilan, melihat posisi dan kondisi plasenta, mampu mendeteksi detak jantung janin pada usia kehamilan 5,5 minggu, mengetahui usia kehamilan, secara tepat melalui pengukuran tubuh fetus, menilai pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan, dapat mengetahui ancaman terjadi keguguran, kehamilan ganda, dapat mengukur

volume cairan ketuban, dan kelainan letak janin serta untuk biopsi atau pengeluaran cairan (Sugiharto, 2011; 56).

D. Proses Kehamilan

Menurut Sarwono (2016; 139) untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi.

1. Spermatozoa

Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa dan peristiwa pematangan disebut spermatogenesis. Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti ovum dan tetap bereproduksi meskipun pada lansia. Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari terdapat 100 juta sperma setiap milliliter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi. (Hani, dkk. 2011; 36)

2. Ovum

Bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis, dikeluarkan oleh ovarium pada saat ovulasi, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa remature. Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (Hani, dkk. 2011: 36). Berawal dari ovarium . ovum berasal dari ovarium atau indung telur. Ada dua ovarium dalam tubuh wanita, yakni dikanan dan kiri. Dalam ovarium yang hanya sebesar ibu jari ini terdapat puluhan ribu ovum. Saat

lahir saja, wanita sudah memiliki 750.000 ovum yang terus berkurang seiring bertambahnya usia ovarium hingga akhirnya punah saat menopause “Ditangkap” Fimbriae. Setiap bulan, oogonium atau sel telur muda berebut menuju ke saluran tuba fallopi. Jika berhasil masuk, akan ditangkap oleh fimbriae, organ di ujung tuba fallopi yang berbentuk seperti tangan dan diarahkan ke tuba fallopi. Sampai di tuba fallopi, dalam saluran tuba fallopi sepanjang 7,5-10 cm ini, terdapat vilia atau sel yang ujungnya berbentuk seperti rambut yang bergerak mendorong ovum menuju Rahim. Ovum akan bertahan selama satu hari di tuba fallopi. Jika bertemu dengan sperma akan bersatu membentuk zigot. Menempel terus di Rahim. Zigot akan turun ke rongga Rahim, lalu menempel dilapisan dindingnya dan berkembang menjadi janin. Dinding Rahim terdiri dari myometrium jaringan otot di bagian luar berupa otot polos berlapis tiga yang dapat berkontraksi dan berelaksasi dan endometrium selaput lendir di bagian dalam. Bentuk Rahim tidak selalu normal seperti buah pir atau advokad gepeng. Rahim juga bisa berbentuk : uterus septus dari luar terlihat normal, tapi didalamnya ada sekat, baik sebagian atau menyeluruh yang membagi Rahim jadi dua bagian. Uterus bikornis menyerupai bentuk hati. Ada sekat dibagian dalamnya dan terlihat terbagi dua dari luar. Uterus didelphis, bisa dikatakan

ada dua Rahim atau Rahim ganda. Terkadang hingga ke bagian vaginanya ada sekatnya juga yang memisahkan vagina menjadi dua bagian. Bila tidak menjadi zigot ovum akan tetap turun ke rongga Rahim. Endometrium yang sudah menebal dan siap sebagai zigot menanamkan dirinya akan luruh, lalu beranjak keluar Rahim dalam bentuk yang kita kenal sebagai darah haid..

pintu perbatasan serviks Antara Rahim dan vagina terdapat serviks atau leher Rahim yang sempit sekali. Serviks ini seperti pintu yang bisa terkunci selama kehamilan sehingga janin tidak dapat melewatinya dan baru akan terbuka dan meregang saat proses persalinan. Serviks akan menghalangi bakteri dan virus dari luar masuk lebih dalam ke bagian organ reproduksi.

Lorong panjang vagina. Setelah melalui serviks, ovum akan sampai di lorong vagina. Panjang dinding depan dari belakang vagina tidak sama. Dengan posisi Rahim ke arah depan, panjang dinding sekitar 7,5 cm dan dinding belakang sekitar 11,5 cm. lorong berkerut-kerut ini juga bisa memanjang dan melebar bila ada rangsangan. Di ujung vagina, terdapat lubang atau liang vagina yang merupakan tempat keluarnya darah haid. Bila darah haid sudah keluar, berakhirilah perjalanan ovum. Perjalanan serupa akan terjadi setiap bulan (Siwi W, 2015; 45)

3. Konsepsi (pembuahan ovum)

Jutaan sperma ditumpahkan di forniks vagina dan di sekitar porsio pada waktu coitu (berhubungan). Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapitasi) untuk membuahi. Pada spermatozoa di temukan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum karena diduga dapat melepaskan hialuronidase. Konsepsi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Untuk mencapai ovum , spermatozoa harus melewati korona (lapisan sel diluar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler) yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Sarwono, 2016; 140-141).

4. Nidasi (Implantasi)

Selanjutnya pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista, suatu bentuk yang bagian luarnya adalah trofoblas dan dibagian dalamnya disebut massa *inner cell* ini berkembang menjadi janin dan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista ini diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblas. Sejak trofoblas terbentuk, produksi *human choronic gonadotropin* (Hcg) di mulai, suatu hormon yang memastikan bahwa endometrium

akan menerima (reseptif) dalam proses implantasi embrio (Sarwono, 2016; 143)

5. Pembentukan plasenta (plasentasi)

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi. Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi, trofoblas invasive telah melakukan penetrasi ke pembuluh darah endometrium. Terbentuklah sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruangan-ruangan interviler dimana vili korialis seolah terapung apung diantara ruangan-ruangan tersebut sampai terbentuknya plasenta. Tiga minggu pasaca fertilisasi sirkulasi darah janin ini dapat diidentifikasi dan dimulai pembentukan vili korialis. Sirkulasi darah janin ini berakhir di lengkung kapilar (*capillary loops*) di dalam vili korialis yang ruang intervilinya dipenuhi dengan darah maternal yang dipasok oleh arteri spiralis dan dikeluarkan melalui vena uterine. Vili korialis ini akan tumbuh menjadi suatu massa jaringan yaitu plasenta.

6. Pertumbuhan dan perkembangan janin

Pertumbuhan hasil konsepsi ada dua yaitu perkembangan embrio dan perkembangan janin:

a) Perkembangan Embrio

Segera setelah fertilisasi, zigot yang dihasilkan mulai mengalami pembelahan sel mitosis, yang disebut pembelahan atau cleavage. Melalui serangkaian tahapan, massa sel yang membelah disebut morula. Setelah mengalami reorganisasi sel dan cairan yang masuk ke dalam sel morula, menjadi blastosit. Blastosit inilah yang tertahan pada lapisan uterus. Saat proses implantasi berakhir pada hari ke 10 atau ke-11 setelah fertilisasi, periode embrionik telah dimulai.

b) Perkembangan embrio lebih lanjut

Pada 14 hari pertama, blastula diberi makan oleh sitoplasmanya sendiri. Pembuluh darah primitive untuk embrio mulai berkembang pada mesoderm. Pada hari ke 14-28, pembuluh darah embrio berhubung dengan pembuluh darah pada vili korion plasenta primitive. Sirkulasi embrio/maternal dengan demikian telah terbentuk dan darah dapat beredar.

1) Minggu ke 6

Perkembangan janin:

- (a) Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru.
- (b) Jari-jari telah terbentuk namun, masih terenggam
- (c) Jantung telah terbentuk penuh

2) Minggu ke 7

Perkembangan janin:

- (a) Mata tampak pada muka
- (b) Pembentukan alis dan lidah

3) Minggu ke 8

Perkembangan janin:

- (a) Mirip bentuk manusia
- (b) Mulai pembentukan genetalia eksterna
- (c) Sirkulasi melalui tali pusat di mulai
- (d) Tulang mulai terbentuk

4) Minggu ke 9

Perkembangan janin:

- (a) Kepala meliputi sepaaruh besar janin
- (b) Terbentuk muka janin
- (c) Kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu

5) Minggu ke 13-16

Perkembangan janin:

- (a) Janin berukuran 15 cm. awal dari trimester dua
- (b) Kulit janin masih transparan
- (c) Telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin)
- (d) Janin bergerak aktif yaitu menghisap dan menelan air ketuban
- (e) Telah terbentuk meconium dalam usus
- (f) Jantung berdenyut 120-150x/ menit

6) Minggu ke 17-24

Perkembangan janin:

- (a) Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari
- (b) Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak).
Janin mempunyai reflex

7) Minggu 25-28

Perkembangan janin:

- (a) Saat ini disebut permulaan trimester ke tiga dimana terdapat perkembangan otak yang cepat.
- (b) System saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh , mata sudah membuka.

8) Minggu ke 29-32

Perkembangan janin:

- (a) Tulang sudah terbentuk sempurna

(b) Gerakan nafas sudah regular

(c) Suhu relative stabil

9) Minggu ke 33-36

Perkembangan janin:

(a) Berat janin 1500-2500 gram

(b) Lanugo mulai berkurang , paru-paru saat 35 minggu sudah matur

10) Minggu ke 37-40

Perkembangan janin:

(a) Sejak kehamilan 38 minggu kehamilan disebut aterm. Dimana bayi akan meliputi seluruh uterus

(b) Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Prawirohardjo, 2016: 158)

E. Perubahan Fisiologi kehamilan

1. Sistem Reproduksi

a) Uterus:

1) Berat naik 20x50 gram

2) Volume 10 ml

3) Pembesaran uterus karena pengaruh esterogen adalah hyperplasia hipertrofi jaringan otot uterus

4) Kontraksi Braxton hiks terjadi pada minggu ke 6 dengan teregangnya uterus karena pengaruh esterogen dan progesterone.

5) Posisi uterus bergeser kana, dan teraba pada usia 12 minggu. Pembesaran uterus pada perabaan tinggi fundus uteri ibu hamil dapat ditafsirkan secara kasar seperti berikut ini:

- (a) Tidak hamil/normal sebesar telur ayam (\pm 30 gram)
- (b) 8 minggu : telur bebek
- (c) 12 minggu : telur angsa
- (d) 16 minggu : pertengahan simpisis ke pusat
- (e) 20 minggu : pinggir bawah pusat
- (f) 24 minggu : pinggir atas pusat
- (g) 28 minggu : sepertiga pusat ke xypoid
- (h) 32 minggu : pertengahan pusat ke xypoid
- (i) 36-40 minggu : 3 jari bawah xypoid (Hutahaean, 2013; 137)

Tabel 2.1
Pemeriksaan TFU sesuai usia kehamilan

Usia kehamilan	Penunjuk badan
12 minggu	3 jari diatas simfisis
20 minggu	3 jari bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	Tiga jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dengan pusat
36 minggu	Setinggi prosesuss xypoid
40 minggu	Dua jari dibawah px

Sumber : Kumalasari, 2015

b) Serviks

- 1) Serviks terdapat tanda-tanda Chadwick, Goodell, dan Mucous plug
- 2) Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi dan perlunakan
- 3) Lender serviks meningkatkan seperti gejala keputihan (Hutahaean, 2012: 137)

Segera setelah periode tidak terjadinya menstruasi pertama, serviks menjadi lebih lunak sebagai akibat meningkatnya suplai darah. Kanalis serviks dipenuhi oleh mucus yang kental disebut *operculum*. Selama masa kehamilan *operculum* menghambat masuknya bakteri ke usus yang mengalir selama persalinan, yang disebut dengan “bloody show” yang menandakan bahwa kanalis terbuka untuk lewat bayi. Serviks nulipara (wanita yang belum mengalami kehamilan) terlihat bulat dan halus serta menonjol ke arah vagina. Proses kelahiran merengangkan serviks. Setelahnya bentuk serviks menjadi oval. Selama masa kehamilan konsistensi serviks berubah. Sebelum masa kehamilan teraba seperti ujung hidung; pada awal masa kehamilan teraba seperti ujung daun telinga; dan pada keadaan setelah kehamilan seperti bibir (Aprilia, 2010; 65).

2. Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran esterogen dan progesterone (Sutanto, 2018; 35)

3. Vagina dan vulva

Karena pengaruh esterogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda *chadwick*. (Sutanto, 2018; 35)

4. Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau bisa disebut sebagai curah jantung (cardiac output) meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70x/menit). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung, ia dapat jatuh dalam keadaan *decompensate cardis*. (Manuaba, dkk, 2012; 37)

5. System gastrointestinal

Perubahan system pencernaan yang disarankan ibu hamil adalah sebagai berikut :

a) Trimester 1

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan tidak enak seperti mual (nausea). Hal ini mungkin dikarenakan kadar hormone esterogen yang meningkat. Tonus otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada dalam lambung dan lebih lama berada dalam usus. Hal ini mungkin baik untuk reabsorpsi tapi menimbulkan konstipasi yang memang merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil. Tidak jarang dijumpai adanya gejala muntah (emesis) pada bulan-bulan pertama kehamilan. Biasanya terjadi pada pagi hari, dikenal sebagai morning sickness. Apabila emesis terjadi terlalu sering dan terlalu banyak dikeluarkan (hyperemesis gravidarum) maka keadaan ini patologik. Hipersalivasi sering terjadi sebagai kompensasi mual muntah yang terjadi. Pada beberapa wanita ditemukan adanya ngidam makanan yang mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual dan muntah. Kondisi lainnya adalah pica (mengidam) yang sering dikaitkan dengan anemia akibat defisiensi zat besi ataupun adanya tradisi.

b) Trimester 2 dan 3

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormone progesterone yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam

rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar kearah atas lateral.

Wasir (hemoroid) cukup sering terjadi pada kehamilan. Sebagian besar hal ini terjadi akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena dibawah uterus termasuk vena hemoroidal. Panas perut terjadi karena terjadi aliran balik asam gastric ke dalam esophagus bagian bawah. (Sunarsih, 2011; 88)

c) Metabolisme

Pada metabolisme mineral yang terjadi adalah sebagai berikut:

1. Kalsium dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang terutama di trimester akhir dibutuhkan 30-40 gram.

2. Fosfor, dibutuhkan rata-rata 2 gr/hari

3. Air , wanita hamil cenderung mengalami retensi air

(Sulistyawati, 2011; 98)

6. Sistem muskuluskeletal

a) Pembesaran payudara dan rotasi interior panggul memungkinkan untuk terjadinya lordosis

b) Ibu sering mengalami nyeri dibagian punggung dan pinggang dan mempertahankan posisi stabil, beban meningkatkan otot punggung dan columna vertebrae

c) Adaptasi muskuluskeletal

- d) Relaksasi dan hiper mobilitas sendi pada masa hamil kembali stabil dan ukuran sama dengan sebelum hamil, kecuali pada laki-laki (Hutahaean, 2013; 77)

7. Payudara

Menurut Mochtar 1998 payudara sebagai organ target untuk proses laktasi mengalami banyak perubahan yang dapat diamati oleh ibu adalah sebagai berikut:

- a. Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang dan beraat
- b. Dapat teraba nodul-nodul akibat hipertropi kelenjar alveoli
- c. Bayangan vena-vena lebih membiru
- d. Hiperpigmentasi pada aerola dan papilla mammae
- e. Kalau diperas akan keluar air susu yang jolong (kolostrum) berwarna kuning (Manurung dkk, 2012; 38)

8. Sistem integument

a) Sistem integument

- 1) Cloasma gravidarum terjadi perubahan warna bercak hiperpigmentasi kecoklatan pada kulit di daerah tonjolan maksila dan dahi, khususnya pada wanita hamil berkulit hitam akibat peningkatan hormone esterogen dan progesterone, serta hormone melanotropin.
- 2) Hipersensitifitas allergen plasenta

- 3) Peningkatan kelenjar apokrin akibat peningkatan hormone, kelenjar tersebut meningkat terutama akibat berat badan dan kegiatan metabolic yang meningkat; peningkatan aktivitas kelenjar sebacea
- 4) Terdapat garis pigmentasi dari simpisis pubis sampai ke bagian atas fundus di garis tengah tumbuh di induksi hormon timbul. Pada primigravida garis mulai terlihat pada bulan ketiga terus memanjang seiring meningginya fundus. Pada multigravida, keseluruhan garis sering kali muncul sebelum bulan ketiga. Terdapat juga tanda regangan yang timbul pada 50-90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan yang disebabkan oleh kelenjar adenokortikosteroid, menunjukkan pemisahan jaringan ikat (kolagen) dibawah kulit. Garis-garis yang sedikit cekung ini cenderung timbul di daerah dengan regangan maksimum (misalnya abdomen, paha , payudara). (Hani, dkk, 2011; 51)

9. Sistem Perkemihan

Peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester kedua, kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati kearah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul

pada masa hamil ditnjukan oleh hyperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine. (Hani, dkk. 2011; 51-52)

10. Sistem Pernafasan

Peningkatan vaskularisasi yang merupakan respon terhadap peningkatan kadar esterogen, juga terjadi pada traktus pernafasan atas. Oleh karena itu, kapiler membesar, terbentuklah edema dan hyperemia di hidung, faring, laring, trakea, dan bronkus. (Hani, dkk. 2011; 52-53)

11. Sistem Neurologi

- a) Kompresi syaraf panggul atau statis vascular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensori di tungkai bawah.
- b) Lordosis dorso lumbar dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada syaraf atau kompresi akar syaraf
- c) Akroestesia (Rasa baal dan gatal di tangan) timbul akibat posisi bahu yang membungkuk, terkait dengan tarikan pada sekmen plegsus brakialis.

- d) Nyeri akibat ketergantungan umum timbul saat ibu cemas, atau gangguan penglihatan seperti kesalahan refleksi, sinusitis, atau migran. (Hutahaean, 2013; 89)

12. Sistem Endokrin Dalam Kehamilan

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar 135%. Akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hipofisis meningkatkan produksi kortikotropin, tirotropin, dan prolactin. Sebaliknya, FSH dan LH hampir ditekan akibat efek penghambat estrogen dan progesterone dari plasenta. Kelenjar endokrin dibawah pengaruh hipofisis anterior dan posterior yang berperan penting dalam kehamilan.

a) Hipofisis anterior

1) Kelenjar Tyroid

Kelenjar ini berbentuk seperti kupu-kupu yang menempel di bagian depan batang tenggorok (trakea).

Kelenjar ini menghasilkan tiga jenis hormone yaitu:

- a) Tri iodotironin (T3)
- b) Tetra iodotironin/tiroksin (T4)
- c) Kalsitonin dalam jumlah sedikit

Hormon T3 dan T4 merupakan hormon yang dihasilkan oleh folikel, sedangkan Kalsitonin dihasilkan

oleh parafolikuler. Bahan dasar pembentukan hormone ini adalah Yodium yang diperoleh dari asupan makanan dan minuman.

Fungsi hormon-hormon tiroid Antara lain:

- (a) Mengatur laju metabolisme tubuh
- (b) Memegang peranan penting dalam pertumbuhan fetus khususnya pada syaraf
- (c) Mempertahankan sekresi GH dan Gonadotropin
(Maritalia, dkk2012; 114)

2) Kelenjar Paratyroid

Kelenjar ini berukuran sebesar beras, jumlahnya ada 4 yang terletak di sudut-sudut kelenjar tyroid. Kelenjar ini mensekresikan parathormon (PTH). Parathormon mengatur metabolisme kalsium (Ca^{+}) dan fosfat (PO_4) tubuh. Organ targetnya adalah tulang, ginjal, dan usus kecil (duodenum). Konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian meningkat secara progresif. Aksi yang terpenting dari hormone paratiroid ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptide pada janin, plasenta dan ibu.

3) Pancreas

Kelenjar pancreas melewati pulau-pulau Langerhans yang tersebar di dalamnya yang menghasilkan hormone insulin dan Glucagon yang berfungsi mengatur kadar dan penggunaan glukosa dalam darah.

4) Adrenal

Kelenjar ini disebut juga kelenjar Suprarenalis karena terletak di kutub atas ginjal, oleh karena menempel pada ginjal maka kelenjar ini disebut kelenjar anak ginjal. Kelenjar adrenal pada kehamilan akan mengecil. Korteks adrenal mensintesis tiga kelompok hormone Steroid yaitu:

(a) Mineral Kortikoid

Hormone ini berfungsi mengatur keseimbangan elektrolit dengan meningkatkan retensi natrium dan ekskresi kalium. Aktivitas fisiologik ini selanjutnya membantu dalam mempertahankan tekanan darah normal dan curah jantung.

(b) Glukokortikoid

Metabolisme glukosa (glukosaneogenesis) yang meningkatkan kadar glukosa darah, metabolisme protein, keseimbangan cairan dan elektrolit, inflamasi dan imunitas dan terhadap stressor.

(c) Androgen

Umunya adrenal mensekresi sedikit Androgen dan esterogen dibandingkan dengan sejumlah besar hormone seks yang disekresi oleh Gonad.

b) Hipovisis posterior

1) Hormone antideuretik (ADH)

Pada kehamilan, ADH disekresi lebih banyak karena disebabkan oleh peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomelurus juga meningkat sampai 69%. Reabsorpsi di tubulus tidak berubah, sehingga lebih banyak dapat dikeluarkan urea, glukosa, asam amino, asam folat dalam kehamilan sehingga terjadi poliuria.

2) Hormone oksitosin

Hormone ini dihasilkan oleh hipotalamus dan disimpan dalam kelenjar hipofisis posterior. Saat diperlukan oksiton dilepaskan oleh kelenjar hipofisis posterior ketika menerima rangsangan syaraf dari hipotalamus. Fungsinya termasuk mengerutkan saluran susu. Selain perannya dalam injeksi air susu tugas lain hormon ini memastikan terjadinya kerutan otot Rahim saat persalinan sehingga memperlancar proses persalinan. Saat persalinan produksi oksitosin meningkatkan cepat. Pada saat yang sama, otot Rahim mengembangkan kepekaan terhadap hormone oksitosin. Dibawah proses

persalinan, sebagian perempuan diberi suntikan oksitosin untuk membantu mengatasi rasa sakit dan mempercepat proses persalinan. Agar produksi oksitosin normal, sel-sel yang membentuk hipotalamus harus mengetahui semua unsur yang terlibat dalam proses persalinan yang terjadi di tempat yang jauh darinya. Sel-sel ini harus mengetahui bahwa persalinan adalah proses sulit dan bahwa otot Rahim harus dikerutkan agar menekan si bayi keluar. Selain itu, sel-sel harus mengetahui bahwa diperlukan produksi kimiawi untuk mendorong kerutan ketegangan otot Rahim, dan harus mengetahui rumus kimia yang benar. (Maritalia, dkk 2012; 116-117). Hormone-hormon yang disekresi oleh plasenta yang mempengaruhi anatomi fisiologi ibu hamil:

(a) Hormon chorionic gonadotropin (HCG)

Bersamaan dengan perkembangan sel-sel trofoblas dari sebuah ovum yang baru di buahi, hormone HCG disekresi oleh sel-sel sinsitiotrofoblas ke dalam cairan ibu. Sekresi hormone ini dapat diukur pertama kali dalam darah 8-9 hari setelah ovulasi, segera setelah blaskostika berimplantasi dalam endometrium. Kemudian kecepatan sekresi akan meningkat sampai maksimal minggu ke-8 setelah ovulasi dan menurun sampai kadar yang lebih rendah menjelang 16-20 minggu setelah ovulasi. Sekresi

terus berlanjut pada kadar terendah ini selama sisa kehamilan. HCG merupakan glikoprotein dengan berat molekul 39.000 dan memiliki struktur dan fungsi yang sama dengan LH yang disekresi oleh kelenjar hipofisis. HCG juga menyebabkan sekresi hormone seks, progesterone dan esterogen dalam jumlah besar dalam corpus luteum untuk beberapa bulan kedepan. Sekresi hormon ini (progesterone dan esterogen) akan mencegah menstruasi dan menyebabkan endometrium terus berkembang dan menyimpan sejumlah besar nutrisi daripada menjadi luruh saat menstruasi. Akibatnya sel-sel yang menyerupai desidua yang berkembang dalam endometrium selama siklus seksual wanita normal, menjadi sel-sel desidua yang sangat membengkak dan banyak mengandung nutrisi. Fungsi dari hormn HCG adalah :

- (1) Untuk mempersembahkan korpis luteum menjadi corpus gravidarum
- (2) Mempengaruhi corpus luteum menjadi korpis gravidarum
- (3) Mempengaruhi testis janin dengan merangsang sel-sel interstisial leyding untuk menghasilkan testosterone dalam jumlah sedikit, yang

mengakibatkan organ kelamin pria lah yang terbentuk.kadar HCG yang tinggi dalam darah dapat menyebabkan mual-muntah (morning sickness).

(b) Esterogen dan progesteron

Hormone ini disekresi oleh sel-sel sinsial trofoblas. Sebagian besar esterogen yang disekresi adalah Estriol yaitu esterogen yang sangat lemah dan dibentuk dalam jumlah kecil pada wanita tidak hamil. Esterogen diplasenta tidak disintesis secara de novo dari zat-zat dasar plasenta, namun dari senyawa steroid androgen, dehidroepiandrosteron dan 16-hidroksidehidroepiandrosteron yang dibentuk pada kelenjar adrenal ibu dan fetus. Androgen yang lemah ini kemudian dibawa ke plasenta dan diubah oleh sel trofoblas menjadi estradiol, estron, dan estriol. Kadar esterogen yang tinggi selama kehamilan menyebabkan pembesaran uterus, pembesaran payudara, dan pertumbuhan duktus payudara, serta pembesaran genetalia eksterna wanita. Esterogen juga merelaksasi berbagai ligamentum pelvis, sehingga persendian mempermudah jalannya fetus melalui jalan lahir. Disisi, lain terjadi pula peningkatan signifikan sekresi progesterone oleh plasentan selama kehamilan.

(c) Korionik Somatomammotropin

Merupakan hormon plasenta yang baru ditemukan. Hormone ini merupakan protein, dengan berat molekul 38.000 yang mulai disekresi oleh plasenta kira-kira minggu ke 5 kehamilan. Hormon ini memiliki fungsi penting yang berhubungan dalam nutrisi ibu dan anak. Fungsi hormone ini untuk metabolisme protein, bersifat laktogenik dan luteotropik, menimbulkan pertumbuhan janin dan mengatur metabolisme karbohidrat dan lemak.

(d) Human Plasenta Lactogen (HPL)

HPL adalah hormone yang dihasilkan oleh plasenta, yang merupakan hormone protein yang merangsang pertumbuhan dan menyebabkan perubahan dalam metabolisme karbohidrat dan lemak. Hormone ini berperan penting dalam produksi ASI. Kadar HPL yang rendah mengindikasikan plasenta yang tidak berfungsi dengan baik.

(e) Relaksin hormon

Relaksin disekresikan oleh corpus luteum, ovarium dan juga oleh jaringan plasenta. Sekresi relaksin ini ditingkatkan oleh efek rangsangan dari HCG pada saat yang sama dengan sekresinya sejumlah besar estrogen dan progesterone. Relaksin berfungsi melunakkan serviks

wanita hamil pada saat persalinan dan merilekskan otot-otot polos. (Maritalia, dkk, 2012; 114-120)

13. Berat badan dan indek masa tubuh pada ibu hamil

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan adalah 12,5 kg, 9 kg diperoleh pada 20 minggu terakhir. Berat badan yang optimal ini berkaitan dengan resiko komplikasi terendah selama kehamilan dan persalinan serta berat badan bayi lahir rendah. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan. Tingkat edema, laju metabolic, asupan diet, muntah atau diare, merokok, jumlah cairan amniotic, dan ukuran janin, semuanya harus diperhitungkan. Usia maternal, ukuran tubuh pre kehamilan, paratis, ras etenisitas, hipertensi, dan diabetes juga mempengaruhi pola peningkatan berat badan maternal. Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil saat ini didasarkan pada indeks masa tubuh pre kehamilan (Body Masa Indeks) yang menggambarkan perbandingan berat badannya lebih sedikit daripada ibu yang memasuki kehamilan dengan berat badan sehat. Kenaikan berat badan selama kehamilan dapat dihitung dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil, yaitu $\text{kilogram BB}/(\text{TB dalam m}^2)$ atau $\text{pon BB}/(\text{inchi TB})^2$ nilai BB dan TB yang digunakan adalah sebelum hamil. Kemudian hasil perhitungan IMT dikonsultasikan pada tabel berikut ini :

Tabel 2.2
Kenaikan BB yang dianjurkan selama hamil
berdasarkan IMT sebelum hamil.

IMT sebelum hamil	Kenaikan BB yang dianjurkan selama hamil	
	KG	PON
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18	28-40
Normal (IMT 19,8-26,00)	11,5-16	25-35
Tinggi (IMT >26,00-29,00)	7,0-11,5	15-25
Obesa (IMT >29,00)	<7,00	<15

Sumber: (Siwi Walyani, 2015:105)

Kenaikan berat badan pada trimester satu hanya sekitar 0,7-1,4 kg, sedangkan pada trimester selanjutnya peningkatan berat badan per minggu 0,35-0,5 kg. (Siwi Walyani, 2015; 105)

Adapun perkiraan penambahan berat badan selama hamil sebagai berikut:

Tabel 2.3
Penambahan berat badan selama hamil pada masing-masing komponen tubuh

Komponen Tubuh	Penambahan Berat Badan
Jaringan Ekstrauterine	1 kg
Janin	3-3,8 kg
Jaringan Amnion	1 kg
Plasenta	1-1,1 kg
Payudara	0,5-2 kg
Tambahan darah	2-2,5 kg
Tambahan Cairan Jaringan	1,5-2,5 kg
Tambahan Jaringan Lemak	2-2,5 kg
Total	11,5-16 (rentan kenaikan BB selama hamil untuk ibu dengan IMT normal)

Sumber: (Siwi Walyani,2015:107)

a) Trimester I

Seorang wanita yang sedang hamil sudah mengalami penambahan berat badan, namun penambahan tersebut masih tergolong rendah, kira-kira 1-2 kg. karena pada masa ini saat dimana otak, alat kelamin, dan panca indra janin sedang dibentuk.

b) Trimester II

Seorang wanita hamil akan mengalami kenaikan berat badan yang lebih banyak dibandingkan pada saat trimester I, karena pada trimester II ini pertumbuhan janin juga semakin besar. Dan sebagian besar penambahan berat badan selama masa kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Pada trimester II ini seorang wanita yang sedang hamil akan mengalami penambahan berat badan kira-kira 0,35-0,4 kg per minggu. Kenaikan berat badan yang baik memang secara bertahap dan kontinyu. Bisa jadi catatan bahwa adanya penambahan berat badan yang berlebih dan secara cepat bisa jadi indikasi awal keracunan kehamilan atau diabetes.

c) Trimester 3

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg, penambahan BB dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11-12 kg. kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg. salah satu metode yang digunakan untuk menentukan kenaikan

berat badan pada ibu hamil yaitu dengan Indeks Massa Tubuh (IMT).

Rumus berat badan ideal untuk ibu hamil yaitu sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \text{BB}/(\text{TB})^2$$

Ket : IMT: Indeks Massa Tubuh

BB: Berat Badn

TB: Tinggi badan

(Siwi Walyani, 2015; 107)

F. Perubahan psikologi kehamilan

1. Perubahan Psikologi Trimester I (Periode Penyesuaian)

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
- b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan, bahkan kadang ibu berharap dirinya tidak hamil saja.
- c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya.
- d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain dan malah mungkin dirahasiakannya.
- f) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda tiap wanita, tetapi kebanyakan mengalami penurunan.

2. Perubahan Psikologi Trimester II (Periode Kesehatan Yang baik)

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi.
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
- c) Merasakan gerakan anak.
- d) Libido meningkat
- e) Menuntut perhatian dan cinta
- f) Merasa bahwa bayi individu yang merupakan bagian dari dirinya.
- g) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
- h) Ketertarikan dan aktvitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.

3. Perubahan Psikologi Trimester III (Periode Penantian Dengan Penuh Kewaspadaan)

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

- f) Merasa kehilangan perhatian
- g) Perasaan mudah terluka (sensitif)
- h) Libido menurun (Sulistyawati,Ari, 2012; 76-77)

G. Ketidaknyamanan Selama Kehamilan

1. Mual dan Muntah

Mual dan muntah biasanya dirasakan pada kehamilan dini. Disebabkan oleh respon terhadap hormone dan merupakan penagruh fisiologis. Untuk penatalaksanaan kasus ini bisa dengan diet, namun jika *Domitus Uterus* terjadi maka obat-obat antiemetic dapat diberikan. Untuk usahanya berikan nasihat tentang gizi, makan sedikit tapi sering, makan makanan padat, bangkit dan berbaring, segera melaporkannya jika gejala vomitus menetap atau bertambah parah, serta mengingatkan pasien bahwa obat antivomitus dapat membuatnya mengantuk.

2. Pusing/Sakit Kepala

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

3. Sekret berlebihan

Merupakan hal yang fisiologis (karena pengaruh hormone esterogen), atau karena kandidiasis (sering), glikosuria,

infeksi, trikomonas, gonorrhoe. Mencoba untuk menentramkan perasaan pasien dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi, (atau mengobatinya). Beri nasihat dengan menjelaskan bahwa peningkatan secret vagina merupakan kejadian fisiologis, anjurkan untuk memperhatikan hygiene dengan gunakan celana dalam yang terbuat dari katun tipis atau menghindari celana jeans yang ketat dan pakaian dalam yang sintetis yang akan meningkatkan kelembapan serta iritasi kulit, jangan menggunakan sabun dan basuh dari depan ke belakang serta keringkan dengan handuk atau tisu bersih serta penanganan pruritus (gatal atau ruam).

4. Sering buang air kecil

Buang air kecil yang sering ini dirasakan saat kehamilan dini, kemudian kehamilan lanjut. Disebabkan karena progesterone dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran Rahim atau kepala janin yang turun ke rongga panggul. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi. Berikan nasihat untuk mengurangi minum setelah makan atau minimal 2 jam sebelum tidur, menghindari minum-minuman yang mengandung kafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas per hari) perbanyak di siang hari, dan lakukan senam kegel.

5. Pergerakan janin

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke lima atau ke enam, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak minimal 3 kali dalam periode 3 jam.

6. Pegal-pegal

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. Disebabkan oleh progesteron dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan berat badan yang dibawa dalam Rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan meningkatkan kemungkinan penyebab yang serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia, dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda berat, memberitahukan cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan menggunakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang di bawahnya ditaruh papan jika diperlukan.

7. Kaki Bengkak

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter, jika bengkak yang dialami pada

kelopak mata, wajah dan jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan mata kabur (tanda pre-eklamsi). Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki ketika duduk, memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan.

8. Nyeri Perut Bawah

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut, disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan berat badan yang dibawa dalam Rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia, dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan terlalu sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak), menggunakan sepatu yang bertumit rendah, hindari mengangkat benda berat, memberitahu cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan menggunakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika diperlukan.

9. Konstipasi

Konstipasi terjadi pada bulan-bulan terakhir dan disebabkan karena progesterone dan usus yang terdesak oleh Rahim yang membesar, atau juga bisa dikarenakan efek dari tablet besi.

Penatalaksanaan khusus yaitu diet kadang-kadang dapat diberi pencahar ringan (dengan resep dokter). Asuhan yang diberikan yaitu dengan nasihat makanan tinggi serat, buah dan sayur, ekstra cairan, hindari makanan berminyak, dan anjurkan olahraga tanpa di paksa. (Sri.2017; 28-32)

H. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Oksigen

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

2. Nutrisi

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

a) Kalori

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energy yang meningkat. Energy ini digunakan untuk pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru. Selain itu, tambahan kalori dibutuhkan sebagai tenaga untuk proses metabolisme. Tubuh ibu memerlukan

sekitar 80.000 kalori tambahan pada kehamilan. Dari jumlah tersebut, berarti setiap harinya sekitar 300 tambahan kalori dibutuhkan ibu hamil.

b) Protein

Tambahan protein diperlukan selama kehamilan untuk persediaan nitrogen esensial guna memenuhi tuntutan pertumbuhan jaringan ibu dan janin. Asupan yang dianjurkan adalah 60 g per hari. Asupan tinggi protein tidak dianjurkan selama kehamilan. Diduga kelebihan asupan protein menyebabkan maturasi janin lebih cepat dan menyebabkan kelahiran dini.

c) Zat Besi

Jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk kehamilan tunggal normal adalah sekitar 1000 mg, 350 mg untuk pertumbuhan janin dan plasenta, 450 mg untuk peningkatan massa sel darah merah ibu, dan 240 mg untuk kehilangan basal. Tambahan zat besi dalam bentuk garam *ferrous* dengan dosis 30 mg per hari, biasanya dimulai sejak kunjungan prenatal pertama guna mempertahankan cadangan ibu dalam memenuhi kebutuhan janin. (Gusti Ayu,dkk,2016)

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin.

Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

(Kusmiati,dkk,2013;hal 106)

e) Mineral

Mineral yang memiliki fungsi penting selama kehamilan adalah sebagai berikut:

1) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil sebesar 1200 mg per hari (Kamariyah,2014:38). Bila asupan kalsium ibu hamil kurang maka kebutuhan kalsium akan diambil dari gigi dan tulang ibu (Hutahean,2013:92)

2) Fosfor

Fosfor berfungsi pada pembentukan rangka dan gigi janin serta kenaikan metabolisme kalsium ibu (Hutahean,2013:92). Kebutuhan sebesar 1200 mg per hari (Kamariyah,2014:38)\

3) Besi

Diperlukan hemoglobin sel darah merah janin dan maternal (Kamariyah,2014:39). Semua wanita hamil harus menerima suplemen zat besi dalam bentuk zat besi ferro 30 mg per hari (Varney,2009:54)

4) Yodium

Defisiensi yodium menyebabkan kretinisme. Tambahan yodium yang dibutuhkan ibu hamil sebanyak 25 μ g/hari (Hutahean, 2013:93)

5) Seng atau Zink

Berfungsi untuk metabolisme sebuah komponen insulin dan enzim sel inti dan aktif dalam sintesis DNA dan RNA. Kebutuhannya sebesar mg per hari (Kamariyah,2014:39)

6) Natrium

Berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan cairan, keseimbangan asam basa, iritabilitas muskuler, juga mengatur permeabilitas sel dan transmisi impuls saraf (Kamariyah,2014; 40).

Tabel 2.4
Kebutuhan vitamin ibu hamil

Zat Gizi	Kebutuhan Penambahan untuk Wanita Hamil	Contoh dan Jenis Makanan
Energy	285 Kkal	Nasi, jagung, roti, kentang, tepung
Protein	12 gram	Daging, ikan, telur, ayam, kacang-kacangan, tahu, tempe
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati, sayuran dan buah-buah hijau dan kuning kemerahan.
Kalsium	500 mg	Susu, ikan, sayuran hijau, kacang-kacangan kering
Vitamin B1	0,2 mg	Biji-bijian, padi-padian, kacang-kacangan, daging
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran, kacang

Niasin	1 mg	Hati,daging,ikan, biji-bijian,kacang-kacangan
Vitamin C	10mg	Sayuran, dan buah-buahan
Zat Besi	30 mg	Daging,hati, sayuran hijau, bayam, kangkung, daun papaya, dan katu.

Sumber: (Kusmiyati,T.dkk,2013; 87)

3. Personal Hygiene

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawaaah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air, dan keringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama hamil dapat memperburuk hygiene mulut dan menimbulkan karies gigi.

(Kusmiati.dkk,2013; 106)

4. 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 lakteferius, sebiknya 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 aerola dan putting susu akaan 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, sensitif, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (*brassiere*).

5. Perawatan Gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Penjadwalan untuk trimester pertama terkait dengan hyperemesis, dan ptialismus (produksi liur yang berlebih) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Sementara itu, pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada ibu hamil. Dianjurkan untuk menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan gingivitis.

6. Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomic pada perut, area genitalia/lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme. Sebaiknya digunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam bathub. Gunakan pakaian longgar, bersih dan nyaman dan

hindarkan sepatu bertongkat tinggi (*high heels*) dan alas kaki yang keras (tidak elastis) serta korset penahan perut. Lakukan gerakan tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari. Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari.

Ibu tidak dianjurkan untuk melakukan kebiasaan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan vasospasme yang berakibat anoksia janin, berat badan lahir rendah (BBLR), premature, kelainan kongenital, dan solusio plasenta. (Sarwono, 2014:286-287)

7. Eliminasi

Wanita perlu mempelajari cara menjaga kebersihan alat kelamin, yaitu dengan gerakan dari depan ke belakang setiap kali berkemih atau buang air besar, dan harus menggunakan tisu atau lap, atau handuk bersih setiap kali melakukannya. Membersihkan dan mengelap dari belakang ke depan akan membawa bakteri dari daerah rectum ke muara uretra dan meningkatkan resiko infeksi.

Sebaiknya gunakan tisu yang lembut dan menyerap air, lebih baik berwarna putih, tidak diberi wewangian, karena tisu kasar diberi wewangian atau bergambar dapat menimbulkan iritasi. (Kusmiati, dkk, 2013; 106-107)

8. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kehamilan.

Koitus tidak dibenarkan bila:

- a) Terdapat perdarahan pervaginam
- b) Terdapat riwayat abortus
- c) Abortus/partus prematurus imminens
- d) Ketuban pecah
- e) Serviks telah membuka. (Kusmiati,2013; 107)

9. Mobilisasi dan Body mekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak, dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat. (Kusmiati,dkk,2013; 108)

10. Istirahat/Tidur

Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam. Ibu hamil harus menghindari posisi duduk dan berdiri dengan menggunakan kedua ibu jari, dilakukan 2 kali sehari selama 5 menit. (Kusmiati,dkk,2013; 125)

11. Imunisasi

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

Tabel 2.5
Imunisasi

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% perlindungan
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT1	2 tahun	80 %
TT 3	5 bulan setelah TT 2	5 tahun	95%
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99%
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	

Sumber: (Kusmiati,dkk,2013; hal 126)

12. Senam Hamil

Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak. Bidan hendaknya menyaraankan 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. (Sulistiyawaati, 2012)

Senam hamil (prenatal) terapi pilihan berupa aktivitas atau gerak yang diberikan pada ibu hamil untuk mempersiapkan diri, baik persiapan fisik maupun psikologis untuk menjaga keadaan ibu dan bayi tetap sehat (Widianti, 2010; 27). Senam hamil merupakan sebuah latihan gerak untuk mempersiapkan ibu secara fisik dan psikologis saat persalinan (Indarti, 2009; 45). Menurut (Arief, 2009; 18), senam hamil adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik atau mental, pada persalinan cepat, aman dan spontan. Bagi ibu hamil yang baru pertama kali hamil (primigravida) sangat disarankan mengikuti program senam hamil demi kesehatan ibu dan janin (Indivara, 2009; 24)

Ada beberapa syarat yang harus diperhatikan oleh ibu hamil untuk mengikuti senam hamil. Menurut (Manuaba, 2010; 35), syarat tersebut antara lain:

1. Telah mengikuti pemeriksaan antenatal dan dinyatakan sehat oleh dokter dan bidan.
2. Latihan dilakukan setelah kehamilan mencapai 22 minggu.
3. Latihan dilakukan secara teratur dan disiplin dalam batas kemampuan fisik ibu.
4. Sebaiknya latihan dilakukan di Rumah Sakit atau di Klinik Bersalin dibawah pimpinan instruktur senam hamil.

13. Obat-obatan

Sebenarnya pada kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaaiknya pemberian obat di hindari. 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 (Sulistyawati,2009; 110)

14. Bepergian

- a) Hindari bepergian jauh, lama dan melelahkan
- b) Hindari tempat yang ramai, sesak dan panas
- c) Duduk terlalu lama bisa menyebabkan tromboflebitis dan bengkak kaki (Dewi,2012; 28)

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan rekreasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi keluar kota. Akan tetapi ada hal-hal yang perlu dianjurkan apabila ibu hamil bepergin adalah sebagai berikut:

- a) Hindari pergi ke suatu tempat yang ramaai, sesak, dan panas, serta berdiri terlalu lama ditempat itu karena dapat menimbulkan sesak napas dan akhirnya jatuh pingsan (Syncope)

- b) Apabila bepergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu yang lama harus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan resiko bekuan darah vena dalam tromboflebitis selama kehamilan.
- c) Wanita hamil dapat mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit
- d) Stocking penyangga sebaiknya dipakai apabila harus duduk dalam jangka waktu yang lama di mobil atau pesawat terbang
- e) Sabuk pengaman sebaiknya selalu dipakai dan diletakkan dibawah perut ketika kehamilan sudah besar (Yulaikah, 2009; 51)

I. Tanda Bahaya Kehamilan

1. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan inpartum sebelum kelahiran. Perdarahan akhir kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan seperti ini bisa berarti plasenta previa atau absorpsi plasenta.

2. Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin mengalami penglihatan kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia. (Hani,dkk, 2011; 118)

3. Penglihatan Kabur

Karena pengaruh hormonal dalam kehamilan, ketajaman visual ibu dapat berubah. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang dan berbintik-bintik. Perubahan visual mungkin mendadak mungkin merupakan suatu tanda pre-eklamsia. (Hani,dkk, 2011; 119)

4. Plasenta previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah Rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak pada bagian atas uterus. (Romauli,2011:202)

5. Bengkak pada Muka atau Tangan

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

6. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Biasanya terjadi pada trimester tiga, walaupun dapat pula terjadi setiap saat dalam kehamilan. Bila plasenta yang terlepas seluruhnya disebut solusio plasenta totalis. Bila hanya sebagian disebut solusio plasenta parsialis. (Romauli, 2011: 202)

Menurut (Sriningsih,2018; 76) tanda bahaya kehamilan sebagai berikut:

1. Hiperemesis Gravidarum
2. Abortus
3. Kehamilan Ektopik
4. Mola Hidatidosa
5. Perdarahan Antepartum

6. Hipertensi pada Kehamilan
7. Kehamilan lewat Waktu
8. Kehamilan kembar
9. Hidramnion dan Ketuban pecah dini.

J. Pelayanan ANC

1. Kunjungan I (16 minggu) dilakukan untuk :
 - a) Penapisan dan pengobatan anemia
 - b) Perencanaan persalinan
 - c) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
2. Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu) dilakukan untuk :
 - a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
 - b) Penapisan pre-eklamsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan.
 - c) Mengulang perencanaan persalinan.
3. Kunjungan IV (36 minggu sampai lahir)
 - a) Sama seperti kegiatan kunjungan II dan III.
 - b) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi.
 - c) Memantapkan rencana persalinan.
 - d) Mengenali tanda-tanda persalinan.

(Sarwono, 2009; 98)

K. Diagnosa Kehamilan

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

1. Pseudosiesis (hamil palsu atau kehamilan spuria)

Terdapat amenorrhea, perut membesar, tetapi tanda-tanda kehamilan lain dan reaksi kehamilan negatif. Uterus berukuran biasa. Wanita mengaku dirinya hamil, tetapi sebenarnya tidak hamil. Hal ini bisa terjadi pada wanita yang ingin sekali hamil. Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat cangih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan (Hani,dkk, 2011: 77)

2. Kistoma Ovari

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

(Hani, dkk, 2011: 78)

3. Mioma uteri

Dapat terjadi amenorea, perut penderita makin membesar, uterus makin besar, terkadang tidak merata. Akan tetapi, tanda kehamilan

seperti tandda Braxton Hicks dan reaksi kehamilan negatif. (Hani, dkk, 2011: 78)

4. Vesika Uteri dengan Retensio Urin

Uterus memiliki ukuran seperti pada umumnya, tanda-tanda kehamilan, dan reaksi kehamilan negatif. (Hani,dkk, 2011:78)

5. Hematometra

- a) Terlambatnya datang bulan yang dapat melampaui umur kehamilan
- b) Perut tersa sakit setiap bulan
- c) Terjadinya tumpukan darah dalam raahim
- d) Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif
- e) Sebab hymen in perforate

(Hani,dkk, 2011: 78)

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Menurut (Winkjosastro,2012; 2) persalinan adalaah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kuraang dari 24 jam.

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pelepasan dan pengeluaran plasenta serta selaput janin dari tubuh ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan. (setelah kehamilan 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Proses persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Kumalasari, 2015; 97)

B. Jenis-jenis Persalinan

1. Bentuk-bentuk persalinan menurut teknik adalah sebagai berikut:

a) Persalinan Spontan

Persalinan spontan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri (Ai, dkk,2012; 3)

b) Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea* (Marmi.2012:3)

c) Persalinan Anjuran

Pada umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan.

Persalinan kadang-kadang tidak mulai segera dengan sendirinya tetapi baru bisa berlangsung dengan dilakukannya amniotomi/pemecahan ketuban atau dengan induksi persalinan yaitu pemberian Pitocin atau prostaglandin (Ika,2014 : 4)

Persalinan menurut umur kehamilan menurut (Fadlun,2012; 64-65) adalah sebagai berikut :

- a) *Abortus* : pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandunganm berat janin <500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu.
- b) *Partus Immaturus* : partus dari hasil konsepsi pada kehamilan dibawah 20 minggu dengan berat janin kurang dari 1000 gram.
- c) *Partus Prematurus* : kelahiran hidup bayi dengan berat Antara 1000 gram sampai 2500 gram sebelum usia 37 minggu.
- d) *Partus Maturus atau Aterm* : persalinan pada kehamilan 37-42 minggu, berat janin diatas 2500 gram.
- e) *Partus Postmaturus atau Postterm* : persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari hari perkiraan lahir.

C. Sebab-Sebab Persalinan

Selama kehamilan dalam tubuh wanita terdapat dua hormone yang dominan:

a. Esterogen

Berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot Rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis.

b. Progesteron

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

Adapun teori-teori tersebut diantaranya:

1) Teori penurunan hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar esterogen dan progesterone. Progesterone bekerja sebagai penenang otot-otot polos Rahim, jika kadar progesterone turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sulistyawati,2010)

2) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar esterogen dan progesterone yang menyebabkan kekejangan

pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi Rahim
(Marmi,2012)

3) Teori Distensi Rahim

- a. Otot Rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- b. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.
- c. Contohnya pada kehamilan gemelli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gamely mengalami persalinan yang lebih dini (Sulistyawati,2010:5)

4) Teori Iritasi Mekanis

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

5) Teori Oksitosin

- a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- b. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot Rahim,sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- c. Menurunnya konsentrasi progesterone karena magangnya usia kehamilan menyebabkan otot-otot fisik

meningkatnya aktivitasnya dalam merangsang otot Rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai (Rohani,2011:5)

6) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan desidua disangka sebagai salah satu penyebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E2 yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan (Sulistyawati, 2010:6). Prostaglandin dihasilkan oleh lapisan dalam Rahim diduga dapat menyebabkan kontraksi Rahim. Pemberian prostaglandin dari luar dapat merangsang kontraksi otot Rahim dan terjadi persalinan atau gugur kandung (Bandiyah,2009:23)

D. Tanda dan Gejala Persalinan Penurunan kepala

1. Tanda dan gejala menjelang persalinan Antara lain :
 - a. Lightening

Dirasakan kira-kira 2 minggu menjelang persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Lightening adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun.

Lightening menyebabkan tinggi fundus menurun keposisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Pada kondisi ini, bidan tidak melakukan pemeriksaan ballotemen terhadap kepala janin yang sebelumnya dapat digerakkan diatas simfisis pubis pada palpasi abdomen. Pada leopold IV, jari-jari yang sebelumnya rapat,sekarang akan memisah lebar. Terjadinya lightening juga memberi kesempatan yang baik untuk meninjau perencanaan ibu untuk persalinannya sekaligus memberi petunjuk tentang keadekuatan pintu atas panggul (Dewi,2012 : 22-23)

b. Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesterone makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu.

Sifat his palsu Antara lain:

- 1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- 2) Datangnya tidak teratur
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- 4) Durasi pendek. (Mika,2016: 16)

c. Keluarnya lender bercampur darah yang lengket (Bloody Show). Bloody Show biasanya terjadi dalam 24 jam sampai 48 jam.

d. Ketuban pecah pada akhir kala I persalinan.

e. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan. Setelah menentukan kematangan serviks, bidan dapat meyakinkan ibu bahwa ia akan berlanjut ke proses persalinan begitu muncul kontraksi persalinan dan bahwa waktunya sudah dekat (Dewi,2012 : 23-24)

2. Penurunan Kepala Janin

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

- a. 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas symphysis pubis.
- b. 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.
- c. 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin sudah memasuki PAP.
- d. 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada di atas symphysis dan (3/5) bagian telah masuk PAP.
- e. 1/5 jika 1 dari 5 masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas symphysis dan 4/5 bagian telah masuk PAP.

f. 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak data teraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Widia,2015 :64-65).

3. Bidang Hodge

Bidang Hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT).

Keterangan: Menurut Rohani (2013:75) terbagi empat yaitu

- a. Hodge I: Bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro iliaka, sayap sacrum, linea inominata,ramus superior os pubis, tepi atas simpisis pubis.
- b. Hodge II: Bidang setinggi pinggir bawah simpisis pubis berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- c. Hodge III: Bidang setinggi spina ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I)
- d. Hodge IV: Bidang setinggi ujung Koksigis berhimpit dengan PAP
(Hodge I)

E. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1) Power

Menurut Marmi (2016:51) power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar

dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

2) Kontraksi Uterus (HIS)

Otot Rahim terdiri dari 3 lapis, dengan susunan berupa anyaman yang sempurna. Terdiri atas lapisan otot longitudinal dibagian luar, lapisan otot sirkular dibagian dalam, dan lapisan otot menyilang diantara keduanya. Dengan susunan demikian, ketika otot Rahim berkontraksi maka pembuluh darah yang terbuka setelah plasenta lahir akan terjepit oleh otot dan perdarahan dapat berhenti. (Sulistyawati, 2010:24)

- 3) Kontraksi dinding Rahim
- 4) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
- 5) Ketegangan dan kontraksi ligamentum retundum.



Tabel 2.6
Perbedaan his palsu dan his sejati

Jenis Perubahan	His Palsu	His Sejati
Karakteristik Kontraksi	Tidak teratur dan tidak semakin sering (disebut Braxton hicks).	Timbul secara teratur dan semakin sering, berlangsung selama 30-70 detik
Pengaruh Gerakan Tubuh	Jika ibu berjalan atau beristirahat atau jika posisi tubuh ibu berubah, kontraksi akan mengilang atau berhenti	Meskipun posisi atau gerakan ibu berubah, kontraksi tetap dirasakan.
Kekuatan Kontraksi	Biasanya lemah dan tidak semakin kuat (mungkin menjadi kuat lalu melemah)	Kontraksinya semaksimal kuat
Nyeri karena kontraksi	Biasanya hanya dirasakan ditubuh bagian depan.	Biasanya berawal di punggung dan menjalar ke depan.

Sumber: Marmi,2016:54

6) Passage (Jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku (Marmi,2012 : 43)

Bagian-bagian tulang panggul:

1) Os Ischium/tulang duduk

- a) Posisi os chium terletak dibaah os ilium, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan spina iliaka posterior inferior (SIPI)
- b) Lengkungan dibawah spina ischiadika dinamakan incisura ischiadika minor.
- c) Pada bagian bawah menembah sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan tuber ischiadikum.

2) Os Pubis

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

- a) Corpus mempunyai permukaan medical yang kasar
- b) Crista pubis adalah tepi atas corpus
- c) Tuberculum pubicum adalah ujung lateral crista pubica
- d) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus illii pada linea illiopectinea.
- e) Ramus Inferior menjadi ssatu dengan ramus superior oshis ischi

(Dewi,2012 : 3).

3) Os Sacrum

- a) Berbentuk segitiga, basis diatas,aspek bawah.
- b) Terdiri dri 5 os vertebrata yang tumbuh menjadi satu

- c) Diantara os coxae melekat pada tulang tersebut melalui articulation sacroiliaca.
- d) Permukaan atas vertebrata sacralis bersendi dengan permukaan bawah vertebrata lumbal ke 5.
- e) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung.
- f) Promontorium yaitu tepi anterior superior vertebrata sacralis pertama (dewi,2012 : 3-4)

4) Os Ilium

- a) Spina iliaca anterior superior : tempat perlekatan ligamentum inguinale
- b) Spina iliaca posterior superior : setinggi vertebrata sacral ke-2 dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit.
- c) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior ke spina illiaca posterior superior (Dewi,2012: 3)

7) Passanger (Janin dan Plasenta)

Janin dapat mempengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Pada persalinan, karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keas, maka pinggir tulang dapat menyisip Antara satu dengan yang lain disebut moulage, sehingga kepala bertambah kecil. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir maka bagian-bagian lain dari janin dengan mudah menyusul. Karena

plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal (Eniyati, dkk, 2012 : 26)

F. Mekanisme Persalinan Normal

1. Engagement

Kepala biasanya masuk ke panggul pada posisi transversal atau pada beberapa posisi yang sedikit berbeda dari posisi ini sehingga memanfaatkan diameter terluas panggul. Engagement dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas panggul. Engagement terjadi pada sebagian wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara.

Bilangan perlima kepala janin yang dapat palpasi melalui abdomen sering digunakan untuk menggambarkan apakah engagement telah terjadi. Jika lebih dari dua per lima kepala janin dapat dipalpasi melalui abdomen, kepala belum *engaged*. (Holmes, 2012: 224)

2. Descent (Penurunan)

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

persalinan mulai sudah harus terjadi penurunan kepala yang jelas dalam proses engagement, asal tidak ada disporposi dan segmen bawah Rahim sudah terbentuk dengan baik. Pada multipara mungkin engagement tidak akan terjadi sampai persalinan betul-betul berjalan dengan baik. Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah, dan pada kala II dibantu oleh daya mengejan dari pasien dan sedikit gaya berat (Harry, 2010 : 86)

3. Flexsi

Sebelum Persalinan mulai sudah terjadi flexsi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tahapan terhadap penurunan kepala menyebabkan flexsi. Occiput turun mendahului Sinciput, UUK lebih rendah daripada bregma, dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya ini terjadi di PAP, tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian trendah mencapai dasar panggul. Efek daripada flexsi adalah mengubah diameter terendah dari occiputofrontalis (11,0 cm) menjadi subocciput bregmatika (9,5 cm) yang lebih kecil dan lebih bulat. Oleh karena persesuaian Antara kepala janin dengan panggul ibu mungkin ketat, pengurangan 1,5 cm dalam diameter terendah adalah penting (Harry, 2010 : 86).

4. Rotasi Internal (putar paksi dalam)

Rotasi internal selalu disertai trunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil kearah depan (ke bawah simpisis pubis), membawa

kepala melewati distansi interspinarum dengan diameter biparietalis.

Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau kearah posterior (jarang) disebabkan :

- a) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar
- b) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepal tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi.

Pemutaran bagian depan anak sehingga terendah memutar kedepan kebawah simpisis.

- 1) Mutlak perlu terjadi karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir.
- 2) Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala.
- 3) Tidak terjadi sebelum Hodge III
- 4) Sebab-sebab putaran paksi dalam
 - a) Pada letak fleksi -> bagian kepala merupakan bagian terendah.
 - b) Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit yaitu didepan atas (terdapat hiatus genitalis)
 - c) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul -> diameter anteroposterior (Dewi,2012 : 17)

5. Ekstensi

Ekstensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan :

- a. Kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan kebawah
- b. Dasar panggul yang memberikan tahanan.

Perlu diperhatikan bahwa dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4-5 cm sedangkan dinding belakang (sacrum) 10-15 cm. dengan demikian sinciput harus menempuh jarak yang lebih panjang daripada occiput. Dengan semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (Crowning). Occiput lewat melalui PAP perlahan-lahan dengan tengkuk menjadi titik pusat diangulus subpubicus. Kemudian dengan proses ekstensi yang cepat sinciput menelusur sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirlah bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu melalui perineum (Harry, 2010: 90)

6. Restitusi

Restitusi adalah lepasnya putaran kepala janin yang terjadi akibat rotasi internal. Restitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada dibagian depan. Segera setelah kepala keluar dari vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi oblik (miring) (Holmes, 2012: 225)

7. Putaran Paksi Luar

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala keposisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

- a. Setelah kepala lahir -> memutar kembali kearah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi).
 - b. Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadika sepihak-> putaran paksi luar sebenarnya.
 - c. Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP.
 - d. Setelah putaran paksi luar-> bahu depan dibawah simpisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang.
 - e. Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak
- (Dewi,2012: 18)

8. Kelahiran Bahu dan Tubuh Janin

Ketika restitusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior-posterior. Bahu anterior berada dibawah simpisis pubis dan lahir pertama kali dan bahu posterior lahir berikutnya. Meskipun proses ini dapat terjadi

tanpa bantuan, sering kali “traksi lateral” dilakukan dengan menarik kepala janin secara perlahan ke arah bawah untuk membantu melepaskan bahu anterior dari bawah simpisis pubis.

Normalnya sisa tubuh janin lahir dengan mudah bahu posterior dipandu ke atas, pada perineum dengan melakukan traksi ke arah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke abdomen ibu. (Holmes, 2012: 225)

G. Tahap-Tahap Persalinan (Kala I, II, III, IV)

A. Kala I (Pembukaan)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

Kala I persalinan terdiri atas dua fase yaitu :

1. Fase Laten

Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menimbulkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm pada umumnya fase laten berlangsung hingga 8 jam.

2. Fase Aktif

Pembukaan serviks 4-10 cm berlangsung selama 6 jam. Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu :

- 1) Fase akselerasi : primigravida pembukaan serviks bertambah dari 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu sekitar 2 jam.
- 2) Fase dilatasi maksimal : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi lebih cepat menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselersi : berlangsung 2 jam, pembukaan melambat dari 9 cm sampai lengkap. (Hj. Illah, 2010:5-6)

B. Kala II (Pengeluaran Janin)

Menurut (Manuaba,2010:36) gejala utama dari Kala II:

1. His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit durasi 50 sampai 100 detik.
2. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhauser.
4. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturu-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.
5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala dan punggung.

6. Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan :
- 1) Kepala dipegang pada occiput dan dibawah dagu, ditarik curam kebawah untuk melahirkan bahu belakang.
 - 2) Setelah kedua bahu lahir, ketika dikait untuk melahirkan sisa bdan bayi.
 - 3) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban.
7. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 1 jam (Mika,2016 : 14-15).

Tabel 2.7
Diagnosa kala dan fase persalinan

Gejala dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm <ul style="list-style-type: none"> • Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam • Penurunan kepala dimulai 	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) <ul style="list-style-type: none"> • Penurunan kepala berlanjut • Belum ada keinginan untuk meneran 	II	Awal (non ekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) <ul style="list-style-type: none"> • Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul • Ibu meneran 	II	Akhir ekspulsif

C. Kala 3

Menurut (Ari dkk, 2012:6) persalinan kala III dimulai segera bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri.

Lepasnya placenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda :

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Terjadi perdarahan

Menurut (Manuaba dkk, 2010:174) ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

- a) Metode Schulze

Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta mulai muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan

maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan

b) Metode Mathews Duncan

Pelepasan placenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya. Pada metode Matthews Duncan ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode schulzle. Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah di dalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya ada sedikit serat oblik dibagian bawah segmen (Marmi,2016:257)

Untuk mengetahui apakah plasenta telah terlepas dari tempat implantasinya, dipakai beberapa prasat menurut Marni (2016:258-259)

c) Prasat Kustner. Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah diatas simfisis. Bila tali pusat ini masuk ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Prasat ini hendaknya

dilakukan secara berhati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta lepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

- d) Prasad Stassman. Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa ada getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila terasa getaran, berarti plasenta telah terlepas dari dinding uterus.
- e) Prasad Klein. Wanita tersebut disuruh mengedan dan tampak tali pusat turun ke bawah. Bila pengedannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.
- f) Prasad Crede. Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat dipergunakan bila terpaksa misalnya perdarahan. Prasad ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan postpartum. Pada orang yang gemuk, prasad crede sukar atau tidak dapat dikerjakan.

D. KALA IV

Dimuali dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam setelah lahir. Masa ini merupakan masa paling kritis untuk mencegah kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan.

Penanganan Kala IV :

- a) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- b) Memeriksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- c) Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi
- d) Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan kering
- e) Membiarkan ibu beristirahat dan membiarkan bayi pada dada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi dan inisiasi menyusui dini.
- f) Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.
- g) Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Saifuddin,2010:100)

Hal penting yang harus diperhatikan pada kala IV persalinan :

- a. Kontraksi uterus baik
- b. Tidak ada perdarahan pervaginam atau dari aat genetalia
- c. Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap
- d. Kandung kemih harus kosong
- e. Luka-luka diperinium harus dirawat dan tidakk ada hematoma
- f. Resume keadaan umum ibu dan bayi (Ika,2014 : 14)

H. Lima Benang Merah

Tujuan asuhan persalinan mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai erajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi nya melalui berbagai upaya yang terintergrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Mika,2016: 4)

Menurut Widia (2015 : 8-12) ada 5 aspek dasar membuat keputusan klinik :

1. Membuat Keputusan Klinik

Yaitu proses pemecaaahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan arahan bagi ibu dan bayi baru lahir.

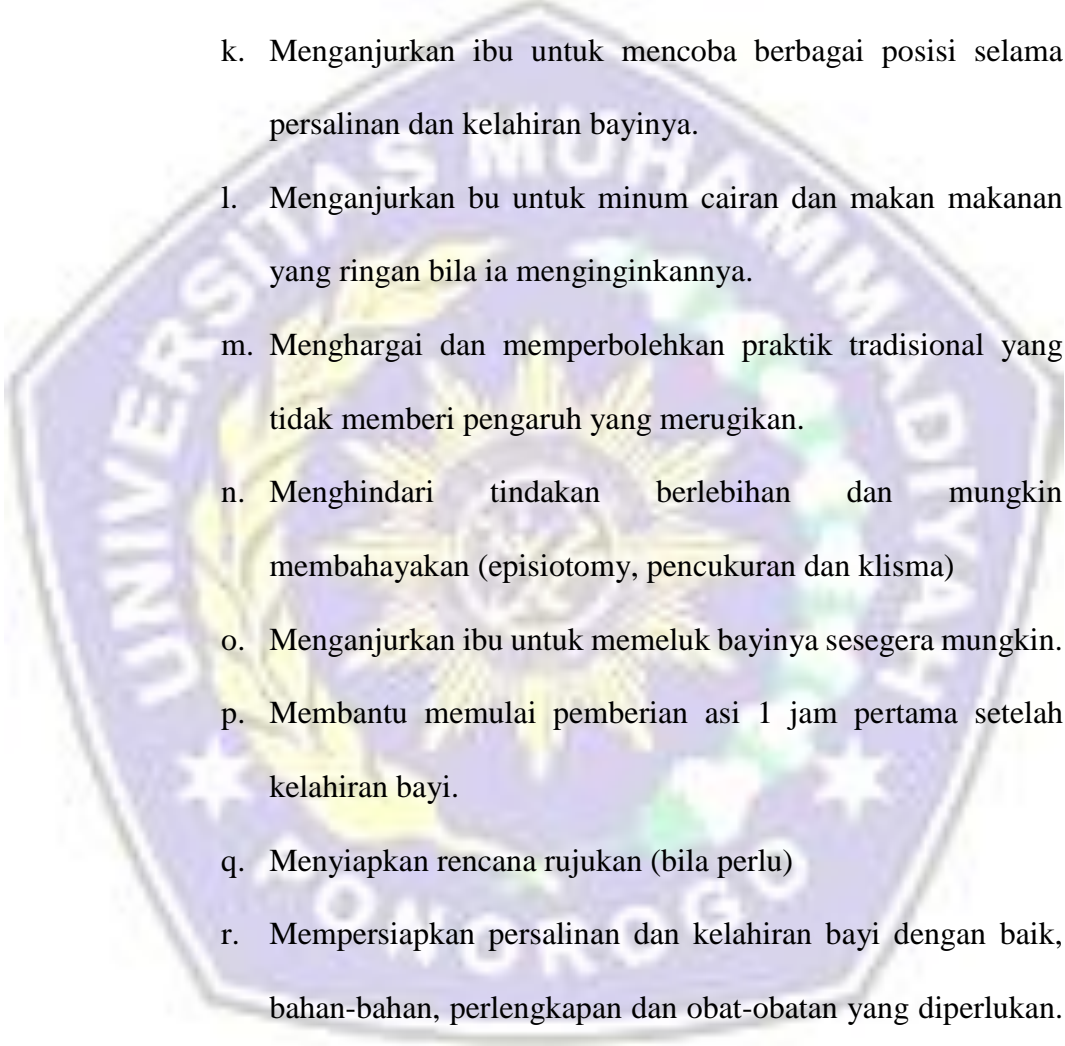
- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- c. Membuat diagnosis atau memecahkan masalah yang terjadi.
- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.
- e. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
- f. Pantau efektifitas asuhan atau intervensi.
- g. Mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Yaitu asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasarnya adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Perhatian dan dukungan kepada ibu selama proses persalinan akan mendapatkan rasa aman dan keluaran yang lebih baik. Juga mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, cunam, dan seksio sesaria) dan persalinan akan berlangsung lebih cepat.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a. Memanggil ibu sesuai dengan namanya, menghargai dan memperlakukan sesuai dengan martabatnya.
- b. Menjelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan perawatan tersebut.
- c. Menjelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- d. Mengajukan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir.
- e. Mendengarkan dan menanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Memberi dukungan, membesarkan hatinya dan menentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga yang lain.
- g. Mengajukan ibu untuk ditemani suaminya dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.

- 
- h. Mengajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
 - i. Melakukan pencegahan infeksi yang baik secara konsisten
 - j. Menghargai privasi ibu
 - k. Mengajukan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayinya.
 - l. Mengajukan ibu untuk minum cairan dan makan makanan yang ringan bila ia menginginkannya.
 - m. Menghargai dan memperbolehkan praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh yang merugikan.
 - n. Menghindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan (episiotomy, pencukuran dan klisma)
 - o. Mengajukan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
 - p. Membantu memulai pemberian asi 1 jam pertama setelah kelahiran bayi.
 - q. Menyiapkan rencana rujukan (bila perlu)
 - r. Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik, bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan.

Siap melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

I. Pencegahan Infeksi

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi :

- a. Setiap orang harus dianggap dapat menularkan penyakit.
- b. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi.
- c. Permukaan benda di sekitar kita, peralatan atau benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi, sehingga harus diproses secara benar.
- d. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda yang lainnya telah diproses maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
- e. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi secara benar dan konsisten.

Tindakan pencegahan Infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Dilakukan upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti misalnya hepatitis dan HIV/AIDS.

Definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi:

a) Asepsis atau teknik aseptik

Adalah istilah umum yang bisa digunakan dalam pelayanan kesehatan. Istilah ini dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi. Teknik aseptik membuat prosedur lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir dan penolong persalinan dengan cara menurunkan jumlah atau menghilangkan seluruh (eradikasi) mikroorganisme pada kulit, jaringan dan instrument/ peralatan hingga tingkat aman.

b) Antiseptik

Mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.

c) Dekontaminasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis, sarung tangan dan permukaan (misalnya meja periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh.

Dekontaminasi bisa dilakukan dengan menggunakan larutan klorin. Cara membuat larutan klorin menurut (Dewi,2011:54) adalah:

- 1) Membuat larutan klorin 0,5 % dari larutan konsentrat berbentuk cair

Jumlah bagian air = %larutan konsentrat -1

%larutan yang diinginkan

- 2) Membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering

Jumlah bagian air =

% larutan yang diinginkanX1000

% konsentrat

- d) Mencuci dan membilas

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

- e) Desinfeksi

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

- f) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

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

- g) Sterilisasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, jamur, parasite dan virus) termasuk endospore bakteri dan benda-benda mati atau instrument.

Tindakan-tindakan pencegahan infeksi meliputi:

- 1) Cuci tangan menggunakan prinsip 7 langkah kemudian mengeringkan dengan handuk bersih.
- 2) Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungannya lainnya seperti kacamata, apron, sepatu boot, masker, dan penutup kepala.
- 3) Memproses alat bekas pakai
- 4) Menangani peralatan tajam dengan aman.
- 5) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar.
- 6) Menggunakan aseptis atau teknik aseptis

(Mika Oktarina,2016:9-11)

J. Pencatatan (Rekam Medis)

Pencatatan (pendokumentasian) 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. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan (Dewi,2011:67)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan.

Aspek-aspek penting dalam pencatatan:

- a. Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- b. Identifikasi penolong persalinan
- c. Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan
- d. Mencakup informasi yang berkaitan secara cepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca.
- e. Ketersediaan system penyimpanan catatan atau data pasien.
- f. Kerahasiaan dokumen-dokumen medis.

K. Rujukan

Meskipun sebagian besar ibu menjalani persalinan normal namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangatlah sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu dan atau bayi nya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat wakt jika penyulit terjadi. Setiap tenaga penolong atau fasilitas pelayanan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan terdekat yang mampu melayani kegawatdaruratan obstetric dan bayi baru lahir.

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

- a. Bidan
- b. Alat
- c. Keluarga
- d. Surat
- e. Obat
- f. Kendaraan
- g. Uang
- h. Darah

L. Partograf

1. Pengertian

Beberapa pengertian dari partograf adalah sebagai berikut:

- a) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klini (JNKP-KR,2014:57)
- b) Patograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan (Sarwono,2009:315)

2. Tujuan

Adapun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah sebagai berikut:

- a) Mencatat hasil observasi dari kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.

b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klini, dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medic ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNKP-KR,2014:57)

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, patograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a) Mencatat kemajuan persalinan
- b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

(JNKP-KR,2014:57)

3. Penggunaan Partograf

Partograf harus digunakan :

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.
- b) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, puskesmas, BPM, rumah sakit, dll).
- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (spesialis obstetric, bidan, dokter umum, residen, dan mahasiswa kedokteran) (JNKP-KR, 2014:57)

Partograf mulai dari pembukaan 4 cm (fase aktif). Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin:

- 1) Denyut jantung janin : catat setiap 30 menit
- 2) Air ketuban : catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina.
 - (a) U : selaput utuh
 - (b) J : selaput pecah, dan air ketuban jernih
 - (c) M : air ketuban bercampur dengan meconium

(d) D : air ketuban bernoda darah

(e) K : tidak ada cairan air ketuban/kering

3) Perubahan bentuk kepala janin (*Molding atau molase*) :

0 : Sutura terpisah

1 :Sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat /
bersesuaian

2 : sutura tumpang tindih dapat dipisahkan

3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki

4) Pembukaan mulut Rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan
diberi tanda silang (x)

5) Penurunan : mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian)
yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas
simpisis pubis;diacatat dengan tanda lingkaran(0) pada setiap
pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5,sinsiput (S) atau paruh
atas kepala berada diatas simpisis pubis.

6) Waktu : menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani
sesudah pasien diterima

7) Jam : catat jam sesungguhnya

8) Kontraksi : catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk
menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan
lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik :

(a) Kurang dari 20 detik

(b) Antara 20 dan 40 detik

(c) Lebih dari 40 detik

9) Oksitosin : jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan tetesan per menit.

10) Obat yang diberikan catat semua obat yang diberikan

11) Nadi : catat setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik benar (●) .

12) Tekanan Darah : catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah



13) Suhu badan : catatlah setiap 2 jam.

14) Protein, aseton, dan volume urine : ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan saat ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urine.

M. Lembar Observasi

Lembar observasi adalah pendokumentasian hasil observasi dan mencatat pada lembar observasi dan dilakukan mulai kala I fase laten. Lembar observasi harus mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembaran observasi atau pemeriksaan, menulis tanggal masuk, tanggal dan jam pemeriksaan, tindakan atau observasi sesuai dengan temuan yang objektif atau kenyataan. Hasil temuan digambarkan dengan jelas termasuk posisi, kondisi, tanda, gejala, warna, jumlah. Memakai singkatan atau symbol yang sudah disepakati misalnya KU,

Ket +, KPD, Let Kep, Let Su,S,N,TD, dan lain-lain (Styaningrum, 2013: 19).

2.1.3 Konsep dasar Nifas

A. Pengertian Nifas

Menurut Ambarwati (2010:43) masa nifas adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

B. Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium Dini

Yaitu kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya (40 hari)

2. Puerperium Intermediate

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat alat genetalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi (Susilo dkk, 2016:34)

C. Adaptasi Fisiologi Ibu Masa Nifas

1. Fase Taking In

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri. Mengulang-ulang menceritakan pengalaman proses persalinan yang dialami.

Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala kurang tidur dengan gejala lelah, cepat tersinggung, campur baur dengan proses pemulihan (Yetti,2010:80)

2. Fase Taking Hold

- a. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum
- b. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- c. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB,BAK serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi,misalnya menggendong,memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- e. Pada masa ini, biasanya ibu agak sensitive dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut
- f. Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi

g. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitive. Hindari kata “jangan begitu” atau “kalau kayak gitu salah” pada ibu karena hal itu sangat menyakiti perasaannya dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan (Ari,2009:88-89)

3. Fase Letting Go

- a. Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga
- b. Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.
- c. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini (Risa,2014)

D. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1. System Reproduksi

a. Uterus

Pengeluaran Rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/mati)

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU nya (tinggi fundus uteri).

- 1) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram
- 2) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari bawah pusat simpisis dengan berat 500 gram
- 3) Pada 2 minggu postpartum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram.
- 4) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram (Ari, 2009: 73-74)

Tabel 2.8
Involusi Uterus

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)	Diameter bekas melekat plasenta (cm)	Keadaan serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500	7,5	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui dua jari akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
2 minggu	Tak teraba diatas simpisis	350	3-4	
6 minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	
8 minggu	Sebesar normal	30		

Sumber: Manuaba (2012:202)

b. Lochea

Menurut Manuaba (2012:202) dalam Rimbun (2016:74) lochea adalah cairan atau lender yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea :

1) Lochea Rubra

Ini berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan meconium selama 2 hari pasca persalinan.

2) Lochea Sanguinolenta

Warnanya merah kuning berisi darah dan lender. Ini terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

3) Lochea Serosa

Berwarna kuning dan cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

4) Lochea Alba

Cairan putih yang terjadinya pada hari ke 2 minggu.

c. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya thrombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah 3 hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan perut pada bekas implantasi plasenta (Siti,2009 :56)

d. Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak kadang-kadang terdapat laserasi (luka). Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Muara serviks yang dilatasi 10 cm pada waktu persalinan menutup secara bertaha. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga Rahim, setelah 2 jam

dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup (Eny,2010 :79)

e. Vagina dan Vulva

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormone esterogen pada postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar 4 minggu. (Eny,2010 : 80)

2. Tanda-tanda vital

a. Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) post partum suhu badan akan naik sedikit (37,5- 38 derajat C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila keadaan normal,suhu badan menjadi biasa. Biasanya,pada hari ke 3 suhu badan naik lagi akrena adanya pembentukan ASI. Payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium (mastitis,tractus genetalis, atau system lainnya).

b. Nadi

Denyut nadi pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya infeksi.

c. Tekanan Darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan adanya eklamsi postpartum.

d. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran pencernaan (Ari,2009:80-81)

3. System Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam

hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kondisi pada penderita vitum cordia. Untuk keadaan ini dapat dilatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala.

Umunya hal ini akan terjadi pada hari ke 3 sampai ke 5 hari postpartum (Eny,2010:85-86)

4. Sistem Pencernaan pada masa nifas

Pasca melahirkan, kadar progesterone juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Ini dikarenakan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menajdi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir (Reni,2012 : 33)

5. Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat menunjukkan tidak saja edeme dan hyperemia dinding kandung kemih, tapi sering kali terdapat ekstrasvasasi darah pada submucosa.

Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang non patologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum agar dapat dikendalikan.

Diuresis yang normal di mulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3.000 ml per harinya. Hal ini merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu juga didapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan.

Kandung kemih juga mempunyai kapasitas yang meningkat secara relative. Distensi yang berlebihan urine residul yang berlebihan, dan pengosongan kandung kemih yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada dua sampai delapan minggu setelah persalinan (Siti,2009:59)

E. Anatomi Laktasi

1. Payudara (mamae) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit diatas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara yang beratnya kurang dari 200 gram, saat hamil 600 gram, dan saat menyusui 800 gram. Payudara disebut pula glandula mamae.

2. Aerola

Adalah daerah lingkaran yang terdiri dari atas kulit longgar dan mengalami pigmentasi. Aerola masing-masing payudara memiliki garis tengah kira-kira 2,5 cm. letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya.

3. Papilla mammae (puting susu)

Terletak setinggi intercosta IV, tetapi berhubung adanya variasi bentuk ukuran payudara, maka letaknya akan bervariasi. Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara dari duktus laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos yang tersusun.

Struktur Mikroskopis:

a. Alveoli merupakan unit terkecil yang memproduksi susu.

Bagian dari alveolus adalah sel Aciner, jaringan lemak, sel

plasma, sel otot polos, dan pembuluh darah. Payudara terdiri atas 15-25 lobus. Masing-masing lobus terdiri atas 20-40 lobulus. Selanjutnya masing-masing lobules terdiri atas 10-100 alveoli dan masing-masing dihubungkan dengan saluran air susu (system duktus) sehingga menyerupai suatu pohon. ASI disalurkan dari alveolus ke dalam saluran kecil (duktulus), kemudian beberapa duktulus bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus latiferus).

b. Duktus laktiferus

Adalah saluran sentral yang merupakan muara beberapa tubulus laktiferus

c. Ampula

Adalah bagian dari duktus laktiferus yang melebar, merupakan tempat penyimpanan air susu. Ampula terletak dibawah aerola

d. Lanjutan setiap duktus laktiferus

Meluas dari ampula sampai muara papilla mammae.

F. Fisiologi Laktasi

Pengeluaran ASI merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks Antara rangsangan mekanik, saraf, dan bermacam-macam hormone. Pengaturan hormone terhadap pengeluaran ASI, dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu sebagai berikut:

a. Pembentukan kelenjar payudara

Pada permulaan kehamilan terjadi peningkatan yang jelas dari duktus yang baru, percabangan-percabangan dan lobules, yang dipengaruhi oleh hormone-hormon plasenta dan korpus luteum. Hormone yang ikut membantu mempercepat pertumbuhan adalah prolactin, laktogen plasenta, korionik gonadotropin, insulin, kortisol, hormone tiroid, hormone paratiroid, dan hormone pertumbuhan.

b. Pembentukan air susu

Pada ibu yang menyusui memiliki dua reflek yang masing-masing berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu yaitu sebagai berikut:

a) Reflek prolactin

Pada akhir kehamilan hormone prolactin memegang peran penting untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolactin dihambat oleh esterogen dan progesterone yang kadarnya lebih tinggi.

b) Reflek Let down

Bersama dengan pembentukan prolactin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi yang dilanjutkan di hipofisis posterior (neurohipofisis) yang kemudian di keluarkan oksitosin. Melalui aliran darah

hormone ini diangkat menuju uterus yang menimbulkan kontraksi pada uterus sehingga terjadi involusi dari organ tersebut.

Faktor-fakto yang meningkatkan reflek let down seperti melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi, memikirkan dan menyusui bayi.

c. **Pemeliharaan pengeluaran Air Susu**

Hubungan yang utuh Antara hipotalamus dan hipofisisakan mengatur kadar prolactin dan oksitosin dalam darah. Hormone-hormon ini sangat perlu untuk pengeluaran permulaan dan penyediaan air susu selama menyusui.

G. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. **Nutrisi dan Cairan**

Tidak ada kontraindikasi dalam pemberian nutrisi setelah persalinan. Ibu harus mendapat nutrisi yang lengkap dengan tambahan kalori sejak sebelum hamil (200-500 kal) yang akan mempercepat pemulihan kesehatan dan kekuatan, meningkatkan kualitas dan kuantitas ASI, serta mencegah terjadinya infeksi.

Ibu nifas memerlukan diet untuk mempertahankan tubuh terhadap infeksi, mencegah konstipasi, dan untuk memulai proses pemberian ASI eksklusif. Asupan kalori per hari ditingkatkan sampai 3000 ml (susu 1000 ml). suplemen zat

besi dapat diberikan kepada ibu nifas selama 4 minggu pertama setelah kelahiran (Bahiyatu,2009 : 68).

Tabel 2.9
Kebutuhan dasar ibu nifas

Jenis makanan	Usia bayi 0-6 bulan	Usia bayi >6 bulan
Nasi	5 piring	4 piring
Ikan	3 potong	2 potong
Tempe	5 potong	4 potong
Sayuran	3 mangkok	3 mangkok
Buah	2 potong	2 potong
Gula	5 sendok	5 sendok
Susu	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas

Sumber : Bahiyatu, 2009: 68

2. Ambulasi

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru-paru, demam, dan keadaan lain yang masih membutuhkan istirahat.

Keuntungan dari ambulasi dini Antara lain :

- a. Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat
- b. Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik

- c. Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya (Ari,2009 : 100-101)

3. Eliminasi

Buang Air Kecil (BAK) setelah ibu melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih bila BAK. Keadaan ini kemungkinan disebabkan oleh iritasi pada uretra sebagai akibat dari persalinan sehingga ibu takut BAK. Bila kandung kemih penuh, maka harus diusahakan agar ibu dapat BAK sehingga tidak memerlukan penyadapan yang mana akan membawa bahaya infeksi.

Miksi disebut normal bila dapat BAK spontan 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat BAK sendiri, bila tidak maka dilakukan tindakan berikut ini :

- a. Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat ibu
- b. Mengompres hangat diatas simpisis
- c. Saat *Site bath* (berendam air hangat) ibu diusahakan BAK

Apabila cara tersebut tidak berhasil maka dilakukan kateterisasi. Namun hal ini akan membuat ibu merasa tidak nyaman dan infeksi saluran kemih tinggi.

Buang Air Besar (BAB) harus ada 3 hari postpartum jika ada obstipasi dan timbul koprostase hingga skibala (feses yang mengeras) tertimbun di rectum, mungkin akan terjadi febris.

Bila terjadi demikian dapat dilakukan klisma atau diberi laksan per os (melalui mulut). Berikut cara agar BAB dengan teratur:

- 1) Diet teratur
- 2) Pemberian cairan yang banyak
- 3) Ambulasi yang baik
- 4) Bila takut BAB secara episiotomy, maka diberikan laksan suposotria (Vivia,2011: 73-74)

4. Kebersihan Diri

Menurut Sulistyawati (2009: 95) dalam Rimbun (2016:80) beberapa langkah penting dan perawatan kebersihan diri ibu postpartum :

- a. Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi. Kulit ibu kotor karena keringat atau debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi.
- b. Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- c. Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari.
- d. Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ibu selesai membersihkan daerah kemaluan.

5. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

Hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya :

- a. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat
- b. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan.
- c. Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur

Kurang istirahat dapat menyebabkan :

- 1) Jumlah ASI berkurang
- 2) Memperlambat proses involusi uteri
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri (Reni,2012: 62-63)

6. Seksual

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu nya jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu

misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan. (Siti, 2009:75)

7. Latihan/ Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum. (Ari, 2009:103-104)

8. Keluarga Berencana

- a. Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali
- b. Biasanya ibu post partum tidak akan menghasilkan sel telur (ovulasi) sebelum mendapatkan haidnya selama menyusui, oleh karena itu amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan.
- c. Sebelum menggunakan metode KB, ada hal yang harus dijelaskan pada ibu :
 - 1) Bagaimana metode ini dapat mencegah kehamilan serta metodenya.
 - 2) Kelebihan dan kekurangan.
 - 3) Efek samping
 - 4) Kekurangannya

- 5) Bagaimana memakai metode itu.
 - 6) Kapan metode itu dapat mulai digunakan untuk wanita pasca persalinan yang menyusui.
- d. Jika pasangan memilih metode KB tertentu, ada baiknya untuk bertemu dengannya lagi dalam 2 minggu untuk mengetahui apakah ada yang ingin ditanyakan pada ibu atau pasangan dan untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik.
(Eny,2010: 114-115)

H. Kunjungan Masa Nifas

Jadwal kunjungan masa nifas (Syafrudin,2009:26) adalah sebagai berikut:

a. Kunjungan pertama (6-8 jam pasca persalinan)

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas, karena atonia uteri
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan serta merujuk jika perdarahan berlanjut
- 3) Memberi konseling pada ibu tau salah satu anggota keluarga cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri
- 4) Pemberian ASI awal
- 5) Melakukan bounding attachment
- 6) Menjaga bayi tetap sehat, mencegah hipotermia

- 7) Petugas kesehatan yang menolong persalinan harus mendampingi ibu dan BBL ,2 jam pertama pascapartum atau sampai keadaan ibu dan bayinya stabil.

b. Kunjungan Kedua (6 hari pasca persalinan)

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan
- 2) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu dapat makan , minum dan cukup istirahat
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling mengenai asuhan bayi, perawatan tali pusat, dan perawatan sehari-hari.

c. Ketiga (6 minggu pasca persalinan)

- 1) Menanyakan penyulit yang dialami
- 2) Memberi konseling KB secara dini

I. Penyulit Masa Nifas

1. Perdarahan post partum adalah lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirahardjo,2009:45)

Menurut waktu terjadinya dibagi menjadi 2 bagian:

- a) Perdarahan post partum primer (Early Post Partum Hemoraghe) yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio

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

- b) Perdarahan post partum sekunder (Late Post partum Hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam. Biasanya terjadi Antara hari ke 5 sampai ke 15 post partum. Penyebab utama robekan jalan lahir dan sisa plasenta. (Yudiana,2016:65)

Perdarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di negara berkembang.

Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah:

1. Grandemultipara
2. Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
3. Persalinan yang dilakukan dengan tindakan :

Pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa

(Manuaba,2009:38)

2. Sub Involusi Uterus (pengecilan Rahim yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi Rahim dimana berat Rahim dari 1000 gram saat bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut Sub Involusi.

(Yudiana,2016:78)

Faktor penyebab Sub Involusi Antara lain : sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo,2009:29)

Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.

3. Infeksi pada masa nifas

Infeksi pada masa nifas atau sepsis puerpuralis adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi setiap saat Antara awitan pecah kebutan (rupture membrane) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut : nyeri plevik, demam 38,5 derajat atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus (Suhermi dkk,2009:41)

4. Keadaan abnormal payudara

a) Bendungan ASI : disebabkan oleh penyumbatan saluran ASI.keluhan mammae bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.

b) Mastitis dan Abses Mammae

Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local mammae, pematatan pada mammae, dan terjadi perubahan warna kulit mammae (Haryani,2010:52)

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan lahirnya 2500 gram sampai dengan 4000 gram, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat (Kosim, 2012:68)

Bayi baru lahir (BBL) disebut juga dengan neonates merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin. (Vivian,2010:1)

B. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

1. Berat badan 2500-4000 gram. Panjang badan 48-52 cm
2. Lingkar dada 30-38 cm
3. Lingkar kepala 33-35 cm
4. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
5. Pernafasan \pm 40-60 kali/menit
6. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
7. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
8. Kuku agak panjang dan lemas

9. Genetalia :

- a. Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora
- b. Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada

10. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik

11. Reflex moro atau gerak memeluk bila dikagetkan

12. Reflex graps atau menggenggam sudah baik

13. Reflex rooting mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada salah satu pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik

14. Eliminasi baik, meconium akan keluar dalam 24 jam pertama, meconium berwarna hitam kecoklatan (Octa dkk, 2014 : 5-6)

C. Penilaian APGAR SCORE

Tabel 2.10
Penilaian APGAR SCORE

Komponen	Skor		
	0	1	2
Appearance (Warna Kulit)	Biru/pucat	Tubuh kemerahan/ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (frekuensi jantung)	Tidak ada	<100 x/menit	>100x/menit
Grimace (tonus otot)	Lumpuh	Ekstermitas agak fleksi	Gerakan aktif
Activity (Refleks)	Tidak ada	Gerakan sedikit	Gerakan kuat/melawan
Respiration (Kemampuan Bernafas)	Tidak ada	Lambat/tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Dwiendar, 2014: 6

Interpretasi :

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

(Dwiendar, 2014 : 6)

D. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir

1. Sistem Pernafasan

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

- a. Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik).
- b. Penurunan PaO_2 dan peningkatan PaCO_2 merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- c. Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik)
- d. Reflex deflasi Hering Breur

Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali

untuk mempertahankan tekanan alveoli , selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara neonates bernapas dengan cara bernapas diafragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernafas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelectasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonates masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobic (Vivian, 2010 : 12-13)

2. Suhu tubuh

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu di dalam uterus minimal rentang maksimal hanya 0,6 derajat C sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus.

Tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi :

- 1) Luasnya permukaan tubuh bayi
- 2) Pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna
- 3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas.

Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya. Pembentukan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat yang terdapat di seluruh tubuh, dan mereka mampu meningkatkan panas tubuh sampai 100% untuk membakar lemak coklat. Seorang bayi menggunakan glukosa untuk mendapatkan energy yang akan mengubah lemak menjadi panas. Lemak coklat tidak dapat di produksi lagi oleh bayi baru lahir dan cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stress dingin. Semakin lama usia kehamilan, semakin banyak persediaan lemak coklat bayi jika seorang bayi kedinginan, dia akan mulai mengalami hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis. Oleh karena itu, upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu tubuh normal pada neonates adalah 36,5-37,5 derajat C melalui pengukuran di aksila dan rectum, jika nilainya turun dibawah 36,5 derajat C maka bayi mengalami hipotermia.

Hipotermia dapat terjadi setiap saat apabila suhu di sekeliling bayi rendah dan upaya mempertahankan suhu tubuh tidak diterapkan secara tepat, terutama pada masa stabilisasi yaitu 6-12 jam pertama setelah lahir. Misalkan bayi baru lahir dibiarkan

basah dan telanjang selama menunggu plasenta lahir meskipun lingkungan disekitar bayi cukup hangat.

Gejala hipotermia Antara lain:

- 1) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat mengisap asi, dan menangis lemah.
- 2) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun.
- 3) Timbul sklerema : kulit mengeras berwarna kemerahan terutama di bagian punggung, tungkai, dan lengan.
- 4) Muka bayi berwarna merah terang

Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, icterus, dan kematian (Damayanti, dkk 2015).

Bila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi (penguapan) konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit, sedangkan pembentukan panas yang dapat diproduksi hanya persepuluh dari jumlah kehilangan panas diatas, dalam waktu bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Keadaan ini sangat berbahaya untuk neonates terlebih

lagi BBLR, bayi dapat mengalami asfiksia karena tidak sanggup mengimbangi penurunan suhu tersebut dengan produksi panas yang dibuat sendiri.

Berikut ini merupakan penjelasan lengkap tentang 4 mekanisme kemungkinan hilangnya panas tersebut dari bayi baru lahir.

a. Konduksi

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

b. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara)

c. Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas Antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda)

d. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi :

- 1) Keringkan bayi
- 2) Selimut bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat
- 3) Tutup bagian kepala bayi
- 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.
- 6) Tempatkan bayi pada lingkungan yang hangat (Vivian,2010:13-14)
- 7)

3. Metabolisme

Menurut Dewi (2011) dalam Dela (2016 : 179) luas permukaan tubuh neonates relative lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar.

Oleh karena itulah, BBI harus menyesuaikan diri dengan dengan lingkungan baru sehingga energy dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama kehidupan, energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energy berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu sekitar hari keenam energy di dapat dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40%.

4. Sistem Pencernaan

Pada kehamilan empat bulan pencernaan telah cukup terbentuk dan janin telah dapat menelan air ketuban dalam jumlah yang cukup banyak, aborsi air ketuban terjadi melalui mukosa seluruh saluran pencernaan, janin minum air ketuban dapat dibuktikan dengan adanya meconium.

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonates relative lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada masa neonates, traktus digestivus mengandung zat-zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut meconium. Pada masa neonates saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa meconium (zat yang berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, meconium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ketiga sampai empat yang berwarna coklat kehijauan.

Frekuensi pengeluaran tinja pada neonates tampaknya sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan atau minum. Enzim dalam saluran pencernaan biasanya sudah terdapat pada neonates kecuali amylase pancreas, aktifitas lipase telah ditemukan pada janin tujuh sampai delapan bulan kehamilan.

Pada saat lahir aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, sangat menhisap lidah berposisi dengan palatum sehingga bayi hanya bernafas melalui hidung, rasa kecap dan penciuman sudah ada sejak lahir, saliva tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama dan lahir volume lambung 25-50 ml.

Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah :

- 1) Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100cc
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosacarida dan disacarida.
- 3) Difisiensi lipase pada pancreas menyebabkan terbatasnya absorbs lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- 4) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia kurang lebih 2-3 bulan.

Sebelum lahir janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek muntah dan reflek 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 esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan neonates.

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. Dengan adanya kapasitas lambung ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sedikit tapi sering. Contohnya memberi ASI sesuai keinginan bayi. Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk ke dalam saluran pencernaannya. Disamping itu bayi baru lahir juga belum dapat mempertahankan air secara efisien dibanding dengan orang dewasa, sehingga kondisi ini dapat menyebabkan diare yang lebih serius pada neonates.

5. Sistem Hati

Hepar janin pada kehamilan 4 bulan mempunyai peranan dalam metabolisme hidrat arang, dan glikogen mulai disimpan di dalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen cepat tercapai, vitamin A dan D juga sudah disimpan di dalam hepar.

Fungsi hepar janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan klimatur (belum matang) hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah. Enzim hepar belum aktif benar pada neonates contohnya enzim UDPG (uridin difosfat

glukoronidin transferanse) dan enzim G6PD (glucose 6 fosfat dehidrogenase) yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonates memperlihatkan gejala icterus fisiologik. Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan farmologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya di toksifikasi hati pada neonates juga belum sempurna contohnya pemberian obat kloramfenikel dengan dosis dari 50 mg/kk BB perhari dapat menimbulkan *grey beby sindrom*.

6. Sistem Kelenjar Endokrin

Selama dalam uterus, janin mendapatkan hormone dari ibunya. Pada kehamilan sepuluh minggu kortikotropin telah ditemukan dalam hipofisis janin, hormone ini diperlukan untuk mempertahankan grandula supra renalis janin. Pada neonates kadang-kadang hormone yang didapatkan dari ibu masih berfungsi pengaruhnya dapat dilihat misalnya pembesaran kelenjar air susu pada bayi laki-laki ataupun perempuan kadang-kadang adanya pengeluaran darah dari vagina yang menyerupai haid pada bayi perempuan.

Kelenjar adrenal pada waktu lahir relative besar bila dibandingkan dengan orang dewasa. Kelenjar tyroid sudah sempurna terbentuk sewaktu lahir dan mulai berfungsi sejak beberapa bulan sebelum lahir

Adanya penyesuaian pada system endokrin adalah :

- 1) Kelenjar tyroid berkembang selama minggu ke 3 dan ke 4
- 2) Sekresi-sekresi tyrokin dimulai pada minggu ke 8 tyrokin maternal adalah bisa memintasi plasenta sehingga vetus yang tidak memproduksi hormone tyroid akan lahir dengan hypothyroidis kongenital hormone tyroid akan lahir jika tidak ditangani menyebabkan reterdasi mental berat.
- 3) Korteks adrenal dibantu pada minggu ke 6 dan menghasilkan hormone pada minggu ke 8 dan minggu ke 9.
- 4) Pancreas dibentuk dari voregut pada minggu ke 5 sampai minggu ke 8 dan pulau langgerhans berkembang selama minggu ke 12 serta insulin diproduksi pada minggu ke 20 pada infat dengan ibu DM dapat menghasilkan vetal hyperglikemi yang dapat merangsang hyperinsulenemia dan sel-sel pulau di hyperplasia hal ini menyebabkan ukuran fetus yang berlebih.
- 5) Hyperinsulinemia dapat memblok naturasi paru sehingga dapat menyebabkan janin dengan resiko tinggi distress pernafasan.

7. Imunologi

Pada system Imunologi terdapat beberapa jenis imunoglobulin (suatu protein yang mengandung zat antibody) diantaranya adalah IgG (Immunoglobulin gamma G) pada neonates hanya terdapat imunoglobulin gamma g, dibentuk hanya dalam bulan kedua setelah bayi dilahirkan, Immunoglobulin Gamma G pada janin berasal dari ibu nya melalui plasenta.

Pada neonates tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propina illium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus beban dari antigen dan stress imunologis. Pada bayi baru lahir hanya terdapat Gamma Globulin G sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Apabila terjadi infeksi pada janin yang dapat melalui plasenta seperti : toksoplasmosis, herpes simpleks, dan penyakit virus lainnya, reaksi immunoglobulis dapat terjadi pembentukan sel plasma dan antibody Gamma A,G dan Gamma M.Ig.

System imunitas bayi baru lahir masih belum matang sehingga menyebabkan neonates rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. System imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang di dapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2016:63)

E. Kebutuhan Dasar pada Bayi

1. Makan dan Minum

Menurut Marmi dan Kukuh Raharjo (2012) dalam (Umi,2015 : 154) berikan ASI sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara penuh) atau berikan sesuai dengan kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit 4 jam), bergantian Antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi menyusu bisa sampai 12-15 kali dalam 24 jam. Pada periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan maupun minuman lainnya. Karena pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk menghisap.

2. Eliminasi

a) Buang Air Besar

Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan. Setelah itu, feses bayi akan bergumpal-gumpal seperti jeli,padat,berbiji, atau seeded dan bisa juga berupa cairan, feses bayi yang diberi ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk bisa seperti pasta atau krem, berbiji dan bisa juga sepeerti mencret atau mencair. Sedangkan feses yang

diberi susu formula berbentuk padat, bergumpal-gumpal atau agak liat dan bulat. Maka dari itu, bayi yang diberi susu formula akan susah untuk BAB sedangkan yang diberi ASI tidak (157-158)

b) Buang Air Kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK 7-10x/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Bayi mulai memiliki fungsi ginjal yang sempurna selama 2 tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tersebut tidak dikeluarkan selama 12-24 jam. Jika urin pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urin 15-16 ml/kg/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya minimal 4-5x/hari.

3. Keamanan

Menurut Dewi (2013) dalam Rimbun (2016:102) hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekali pun meninggalkan bayi tanpa ada yang mengganggu. Selain itu

juga perlu dihindari untuk memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat bantalan di tempat tidur.

F. Tanda Bahaya yang Harus Di Waspadai

1. Pernafasan : sulit atau cepat (lebih dari 60 kali per menit)
2. Keangatan : terlalu panas (lebih dari 38 derajat C) atau terlalu dingin (kurang dari 36,5 derajat C)
3. Warna : kuning, biru, pucat
4. Muntah : Banyak muntah
5. Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
6. Infeksi : suhu meningkat, merah bengkak,pernafasan sulit
7. Kemih : tidak berkemih dalam 24 jam
8. Tinja : tinja lembek,sering,hijau,lender atau darah pada tinja
9. Aktivitas : menggigil, tangis tidak biasa,tidak bisa tenang, menangis terus menerus

(Hani, dkk, 2010:59)

G. Penyuluhan sebelum Bayi Baru Lahir pulang

1. Perawatan tali pusat

Saat bayi dilahirkan,tali pusat (umbilical) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam Rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya.

Tapi saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernafas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali tersebut harus dipotong meski tidak semuanya.

Tali pusat yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa cm oleh dokter. Sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya. Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut :

- 1) Cuci tangan bersih-bersih dengan sabun
- 2) Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai atau kasa steril lalu bersihkan sisa tali pusat terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut)
- 3) Lakukanlah dengan hati-hati ,apalagi tali pusat bayi masih berwarna merah
- 4) Gunakan jepitan khusus dari plastic untuk memegang ujung tali pusarnya, agar lebih mudah dalam membersihkan dan melilitkan perbannya
- 5) Bungkus tali pusat dengan kasa steril.

(Sulistyawati,2012:231-232)

2. Pemberian ASI

Inisiasi menyusui dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu

setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu saat lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusui pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Riset menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang diletakkan di perut ibu sesaat setelah ia lahir akan mampu mencari payudara ibu dan menyusui 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 menstimulasi hormone prolactin 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 tersebut 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 untuk menyusu pada ibunya. Akibatnya proses inisiasi menyusui mengalami hambatan. Oleh karena itu, pastikan bahwa bayi mendapatkan kesempatan untuk melakukan proses inisiasi menyusui 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 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

- 1) Untuk mengurangi kehilangan panas tubuh
- 2) Membuat bayi merasa aman dan hangat
- 3) Membuat bayi tidur nyenyak (Mueser,2009:107)

H. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Pelayanan sesuai standar yang diberikan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonates, sedikitnya 3 kali selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah yaitu:

- a. Kunjungan neonates ke-1 (KN1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir.
- b. Kunjungan neonates ke-2 (KN2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3-7 hari setelah kelahiran.
- c. Kunjungan neonates ke-3 (KN3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8-28 setelah lahir, baik difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah (Dinkes, 2012;7)

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian

1. Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan metode kontasepsi (Sulistyawati, 2012:65)

2. Kontrasepsi

Kontasepsi adalah menghindari dan mencegah terjadinya suatu kehamilan sebagai akibat dari bertemunya sel sperma dan sel telur yang matang dan dapat mengakibatkan

kehamilan. Dapat juga menggunakan berbagai macam cara, baik menggunakan hormone, alat ataupun melalui prosedur operasi. Kontrasepsi merupakan sebuah alat, obat, efek, atau tindakan yang dimaksudkan untuk mencegah kehamilan. Masyarakat pada umumnya menyebut kontrasepsi dengan istilah Keluarga Berencana atau KB (Winkjosastro, 2009:13)

B. Macam-macam Kontrasepsi

1. Kondom

Kondom alat kontrasepsi yang terbuat dari lateks. Untuk mencegah kehamilan, kondom dipasang pada penis atau vagina pada saat melakukan hubungan. Sperma yang dikeluarkan ketika ejakulasi tidak masuk ke Rahim tapi tertumpang didalam kondom, dengan demikian sel telur sehingga tidak terjadi fertilisasi (Dewi,2012:103)

a. Cara Kerja

- 1) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah kedalam saluran reproduksi perempuan.
- 2) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada

pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil)

b. Efektivitas

Kondom cukup efektif apabila digunakan secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Abdul,2010:18)

2. Pil KB

a. Jenis Pil KB

Ada 3 jenis Pil KB menurut Sarwono,2009:35 yaitu:

- 1) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif esterogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- 2) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif esterogen.progestin dengan dua dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- 3) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif esterogen/progestin

dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

b. Macam-macam Pil KB

Pil KB menurut Dyah (2010) ada 3 macam yaitu :
mini pil (*low dose continuous progesterone*), pil oral kombinasi (*POK*), *morning after pil*.

c. Cara Kerja Pil KB

Menurut Meilani, 2010:67 yaitu:

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Mencegah implantasi
- 3) Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma
- 4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

d. Cara Penggunaan Pil KB

Menurut Manuaba, 2010: 53

- 1) Minumlah Pil Kb dengan teratur
- 2) Bila lupa maka Pil KB yang harus diminum menjadi dua buah
- 3) Bila perdarahan tidak memerlukan perhatian karena belum beradaptasi
- 4) Gangguan ringan seperti mual muntah sebaiknya diatasi.

e. System Kemasan Pil KB

System kemasan Pil KB dengan system 28 dan system 22/1 menurut Manuaba 92010) adapun system 28 yaitu peserta pil Kb harus terus minum pil tanpa pernah berhenti, sedangkan pil KB yang system 22/1 yaitu peserta Pil KB pil berhenti minum pil selama 7-8 hari dengan mendapat kesempatan meenstruasi, akan tetapi untuk memudahkan masyarakat, pil KB system 28 lebih banyak dipergunakan karena mudah memberikan keterangan terutama bagi mereka yang dengan pendidikan rendah.

f. Efek Samping

Menurut Hartono, 2010 : 43

- 1) Jerawat atau kulit berminyak
- 2) Perdarahan bercak atau perdarahan haid
- 3) Payudara terus penuh atau nyeri
- 4) Depresi
- 5) Gangguan penglihatan (buram atau hilangnya penglihatan)
- 6) Pada kehamilan akan terjadi kelainan pada janin
- 7) Sakit kepala
- 8) Tekanan darah tinggi
- 9) Mual
- 10) BB bertambah

g. Efektivitas

Menurut Hartono, 2010: 43

- 1) Tidak menambah resiko terjadinya karsinoma payudara
- 2) Tidak memengaruhi karsinoma kulit (*melanoma*)
- 3) Tidak memengaruhi terjadinya tumor kelenjar hypophyse
- 4) Tidak memengaruhi efek buruk terhadap kehamilan selanjutnya
- 5) Tidak memengaruhi terjadinya kelainan kongenital atau aabortus pada pemakaian pil oral sebelum hamil.

h. Manfaat dan Keuntungan

Menurut Sarwono, 2009: 32

- 1) Memiliki efektivitas yang tinggi bila digunakan setiap hari
- 2) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 4) Siklus haid menjadi teratur banyaknya darah haid berkurang
- 5) Dapat digunakan jangka panjang
- 6) Mudah dihentikan setiap saat
- 7) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan

- 8) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
- 9) Membantu mencegah kehamilan 9ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorhea, jerawat)

3. Suntikan Kombinasi

a) Pengertian

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi hormonal yang diberikan dengan cara suntikan secara intramuskuler dan bersifat sementara (Andriani,2014:1) jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA) dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cycloferm) dan 50 mg Netrotrindon Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali.

b) Cara Kerja

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- 3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

c) Keuntungan

- 1) Sangat efektif
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 4) Tidak mengandung esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- 5) Sedikit efek samping
- 6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- 7) Dapt digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai pre menopause.
- 8) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- 10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- 11) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul
- 12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

d) Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan
- 3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

- 4) Penyakit hati akut (virus hepatitis)
- 5) Usia > 35 tahun yang merokok
- 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>140/110 mmHg)
- 7) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun
- 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine
- 9)
- 10) Keganasan pada payudara

(Saifuddin dkk,2010 : MK31-35)

4. Suntikan Progestin

a) Pengertian

Kontrasepsi suntik 3 bulan adalah kontrasepsi jenis suntikan yang berisi hormone progesterone saja dan tidak mengandung hormone esterogen, dosis yang diberikan adalah 150 mg/ml secara intramuskuler setiap 12 minggu. Mekanisme kerja dari KB suntik 3 bulan adalah mencegah ovulasi, membuat lender serviks menjadi kental, membuat endometrium kurang baik untuk implantasi dan mempengaruhi kecepatan transportasi ovum di dalam tuba fallopi (Susilowati,2011:1). Injeksi Depo-Provera sekitar

99% efektif dalam mencegah kehamilan saat disuntikan setiap tiga bulan sekali (Akinlaja *et al*, 2016:1)

b) Jenis

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

(1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular (di daerah bokong).

(2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat) yang mengandung 200 mg Noretindon Enantat diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuscular

c) Cara kerja

(1) Mencegah ovulasi

(2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

(3) Menjadikan selaput lendir Rahim tipis dan atrofi

(4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

(Saifuddin dkk, 2010:MK42-43)

e) Yang Dapat Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin

1) Usia reproduksi

2) Nulipara dan telah memiliki anak

- 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- 6) Setelah abortus atau keguguran
- 7) Telah banyaak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
- 8) Perokok
- 9) Tekanan darah < 180/110 mmHg dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.

5. Implant

Metode kontrasepsi dengan cara memasukkan 2 batang susuk KB yang berukuran sebesar korek api dibawah kulit lengan atas. Implant ini terbentuk batang kecil berisi hormone yang terbuat dari plastic lentur. Implant terus menerus melepaskan sejumlah kecil hormone seperti pil KB 3 tahun. Bila pasangan suami istri menginginkan anak, implant dapat dilepas dan wanita yang menggunakan alat kontrasepsi ini akan kembali subur setelah satu bulan. (Dewi,2012:106)

a. Cara Kerja

- 1) Lender serviks menjadi kental
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

3) Mengurangi transportasi sperma

4) Menekan ovulasi.

b. Efektifitas

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

c. Yang Boleh Menggunakan Implan

1) Usia reproduksi

2) Telah memiliki anak ataupun yang belum

3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang

4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi

5) Pasca persalinan dan tidak menyusui

6) Pascakeguguran

7) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi

8) Riwayat kehamilan ektopik

9) Tekanan darah < 180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit

10) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen

11) Sering lupa menggunakan pil.

d. Yang Tidak Boleh Menggunakan Implan

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat pola haid yang terjaid
- 4) Miom uterus dan kanker paayudara
- 5) Gangguan toleransi glukosa (Abdul, 2010 : MK 54-55)

6. Koitus Interuptus

a. Cara Kerja

Menarik penis yang sedang ereksi dari vagina sebelum ejakulasi guna mencegah sperma masuk ke vagina. Hal ini membutuhkan pengetahuan dasar tentang organisme dan pengendalian diri dari pasangan.

b. Keuntungan

Tidak menggunakan obat dan alat, nyaman dan tidak memerlukan biaya

c. Kerugian

Tidak ada perlindungan terhadap infeksi menular seksual dan angka kehamilan tinggi (sperma bisa terdapat dalam cairan pra ejakulasi)

d. Efektivitas

Pada penggunaan yang sempurna angka kehamilan diperkirakan dapat mencapai 4% sedangkan pada penggunaan yang biasa 19% (Eny,2010: 652)

7. MAL (Metode Amenorhea Laktasi)

1) Profil

Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengendalikan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan dan minuman apapun lainnya.

2) MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

- a. Menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian > 8x/sehari
- b. Belum haid
- c. Umur bayi kurang dari 6 bulan
- d. Efektif sampai 6 bulan
- e. Harus dilanjutkan dengan metode kontrasepsi lainnya.

3) Cara Kerja

Penundaan/ penekanan ovulasi

4) Keuntungan Kontrasepsi

- a. Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)

- b. Segera efektif
- c. Tidak mengganggu senggama
- d. Tidak ada efek samping
- e. Tidak perlu pengawasan medis
- f. Tidak perlu obat atau alat
- g. Tanpa biaya.

5) Keuntungan Nonkontrasepsi

a. Untuk Bayi

- a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)
- b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
- c) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

b. Untuk Ibu

- a) Mengurangi perdarahan pasca persalinan
- b) Mengurangi resiko anemia
- c) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi

6) Keterbatasan

- a. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- b. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial

- c. Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- d. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HIV dan HIV/AIDS.

7) Yang Dapat Menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

8) Yang Seharusnya Tidak Pakai MAL

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

(Biran, 2014: 1-3)

8. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

Metode ini sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang. Haid menjadi lebih banyak dan lama. AKDR dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, tetapi tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpajan infeksi menular seksual. Ada beberapa jenis yaitu CuT-380A, Nova T, dan Lippes Lopps.

1) Cara kerja

- a. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

- b. Memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- c. Mencegah pertemuan sperma dan ovum atau membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- d. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

2) Keuntungan

- a. Efektifitas tinggi (0,6-0,8 kehamilan/100 wanita dalam 1 tahun pertama, 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
- b. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu ganti)
- c. Tidak memengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- d. Tidak mempengaruhi produksi dan kualitas ASI
- e. Dapat dipasang segera setelah melahirkan dan sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- f. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- g. Tidak ada interaksi dengan obat-obatan

3) Keterbatasan

- a. Efek samping yang umum terjadi meliputi perubahan siklus haid (umunya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan) haid lebih lama dan banyak, perdarahan spotting diantara menstruasi dan sakit saat haid.
- b. Komplikasi dan meliputi merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perforasi dinding uterus, perdarahan berat pada waktu haid yang memungkinkan penyebab anemia.
- c. Tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV/AIDS.
- d. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan (Bahiyatun,2009:90-91)

4) Macam-macam jenis IUD

Jenis-jenis IUD yang dipakai di Indonesia diantaranya :

(1) Cooper-T

Jenis IUD Copper T berbentuk T, terbuat dari bahan Polythelen dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat (Ambarwati,2009)

5) Cara Pemasangan dan Pencabutan AKDR

- a. Cara pemasangan AKDR

1) Langkah 1

- a) Jelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan
- b) Sampaikan pada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberapa langkah waktu pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah tersebut.
- c) Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kemihnya

2) Langkah 2

- a) Periksa genetalia eksterna untuk memeriksa adanya ulkus, pembengkakan kelenjar getah bening (bubo), pembengkakan kelenjar bartholini dan kelenjar skene.
- b) Lakukan pemeriksaan speculum untuk memeriksa adanya cairan vagina, serviksitis, dan pemeriksaan mikroskopis bila diperlukan.
- c) Lakukan pemeriksaan panggul untuk menentukan besar, posisi uterus, konsistensi dan mobilitas uterus. Untuk memeriksa

adanya nyeri goyang serviks dan tumor pada adneksa atau pada kavum douglasi.

3) Langkah 3

Lakukan pemeriksaan mikroskopik bila ada indikasi untuk memeriksa adanya jamur, trikomonas, bacterial vaginosis (preparat basah saline dan KOH serta pemeriksaan pH) untuk memeriksa adanya gonorrhoe atau klamidia.

4) Langkah 4

Masukkan lengan AKDR Copper T-380A di dalam kemasan steril

5) Langkah 5

Gunakan tenakulum untuk menjepit serviks pada posisi jam satu atau jam sebelas.

6) Langkah 6

Masukan sonde uterus untuk menentukan posisi uterus dan kedalaman kavum uteri, masukkan sonde sekali masuk dengan teknik tanpa sentuh dimasukkan untuk mengurangi resiko infeksi

7) Langkah 7

(a) Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman kavum uteri

(b) Tarik tenakulum (yang masih menjepit serviks sesudah melakukan sonde uterus) sehingga kavum uteri, kanalis servikalis dan vagina berada dalam satu garis lurus.

(c) Masukkan dengan pelan-pelan dan hati-hati tabung inserter yang sudah berisi AKDR ke dalam kanalis servikalis dengan mempertahankan posisi leher biru dalam arah horizontal

(d) Sesuai dengan arah dan posisi uteri, dorong tabung inserter sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa ada tahanan dari fundus uteri. Pastikan leher biru tetap dalam posisi horizontal

(e) Pegang serta tahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan, sedang tangan lain menarik tabung inserter sampai pangkal pendorong. Dengan cara ini lengan AKDR akan berada tepat di fundus (puncak kavum uteri)

(f) Keluarkan pendorong dengan tetap memegang dan menahan tabung inserter dorong kembali tabung inserter dengan

pelan dan hati-hati sampai terasa ada tahanan fundus. Langkah ini menjamin bahwa lengan AKDR kan berada tetap di tempat yang setinggi mungkin di dalam kavum uteri.

(g) Keluarkan sebagai tabung inserter dan kanalis servikalis. Pada waktu benang tampak tersembul keluar dari tabung serviks sepanjang 3-4 cm ,potong benang tersebut dengan menggunakan gunting mayo yang tajam.

(h) Lepas tenakulum. Bila ada perdarahan banyak dari tempat bekas jepitan tenakulum tekan dengan kasa sampai perdarahan terhenti.

8) Langkah 8

Buang bahan-bahan habis pakai yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan, bersihkan permukaan yang terkontaminasi.

9) Langkah 9

Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai.

10) Langkah 10

(a) Ajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa benang akdr (dengan model bila tersedia)

(b) Minta klien menunggu di klinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR

(Kumalasari,2015: 308-310)

b. Cara Pencabutan AKDR

1) Langkah 1

Menjelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan persilahkan klien untuk bertanya.

2) Langkah 2

Memasukkan speculum untuk melihat serviks dan benang AKDR

3) Langkah 3

Mengusap serviks dan vagina dengan larutan antiseptic dua sampai tiga kali

4) Langkah 4

(a) Menggunakan kepala klien bahwa sekarang akan dilakukan pencabutan. Meminta klien untuk tenang dan menarik napas panjang. Memberitahu meungkin timbul sakit tapi itu hal yang normal.

(b) Pencabutaan normal. Jepit benang di dekat servik dengan menggunakan klem lurus atau lengkung (ekstraktor) yang sudah didisinfeksi tingkat tinggi atau steril dan Tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik dengan kuat, AKDR biasanya dapat dicabut dengan mudah. Untuk mencegah benangnya putus, Tarik dengan kekuatan tetap dan cabut AKDR dengan pelan-pelan. Bila benang putus saat ditarik tetapi ujung AKDR masih dapat dilihat maka jepit ujung AKDR tersebut dan Tarik keluar

(c) Pencabutan sulit. Bila benang AKDR tidak tampak periksa pada kanalis servikalis dengan menggunakan klem lurus atau lengkung. Bila tidak ditemukan pada kanalis servikalis atau alat pencabutan AKDR ke dalam kavum uteri untuk menjepit benang atau AKDR itu sendiri.

(d) Bila sebagian AKDR sudah tertarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik seluruhnya dari kanalis servikalais, putar pelan-pelan sambil tetap menarik

selama klien tidak mengeluh sakit. Bila dari pemeriksaan bimanual didapatkan sudut Antara uterus dengan kanalis servikalis yang sangat tajam, gunakan tenakulum ke bawah dan ke atas dengan pelan-pelan dan hati-hati, sambil memutar klem. Jangan menggunakan tenaga besar.
(Kumalasari,2015: 310)

9. Vasektomi

a) Profil

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi,2011)

b) Mekanisme kerja

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasaa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi

(Affandi, 2011)

c) Manfaat kontrasepsi

(1) Sangat efektif

(2) Permanen

- (3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (4) Baik untuk pasangan jika kehamilan akan menyebabkan resiko kesehatan bagi wanita tersebut
- (5) Pembedahan sederhana dibawah anestesi local
- (6) Tidak ada efek samping jangka panjang
- (7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

d) Syarat Melakukan vasektomi

(1) Syarat Sukarela

Klien benar-benar bersedia memakai kontrasepsi mantap secara sukarela, tidak ada paksaan dan klien telah mengetahui semua yang berhubungan dengan kontrasepsi mantap

(2) Syarat Bahagia

Perkawinan sah dan harmonis, memiliki anak hidup 2 orang, umur anak terkecil >2tahun, keadaan fisik dan mental anak sehat, mendapatkan persetujuan istri, umur istri 25-45 tahun.

(3) Syarat sehat

Syarat kesehatan dilakukan melalui pemeriksaan pra-bedah oleh dokter. (Handayani,2010)

e) Indikasi

- (1) Pria usia reproduktif <50 tahun
- (2) Yang menginginkan metode sangat efektif
- (3) Istri yang bermasalah usia , paritas atau kesehatan yang mungkin akan menimbulkan resiko
- (4) Yang memahami dan sukarela memberi izin untuk pemasangan prosedur tersebut.
- (5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

f) Kontraindikasi

- (1) Infeksi kulit lokal
- (2) Infeksi traktus genitalia
- (3) Kelainan skrotum dan sekitarnya
- (4) Penyakit sistemik : penyakit perdarahan, DM, jantung coroner,
- (5) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual tidak stabil.

10. Tubektomi

a. Pengertian

Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah

seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini
(Affandi, 2012)

- b. Jenis : meinilaparotomi, laparaskopi
- c. Cara kerja : dengan mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

d. Waktu dilakukan

- a) Hari ke-6 hingga ke -13 dan siklus menstruasi (fase proferasi) pasca persalinan

- b) Minilap : didalam waktu 2 hari atau 6 minggu atau 12 minggu

- c) Laparaskopi : tidak tepat untuk klien-klien pasca persalinan

- d) Pasca keguguran

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

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

(Affandi,2012)

e. Keuntungan

Menurut BKKBN (2012) keuntungan MOW sangat banyak Antara lain : tidak ada efek samping dan perubahan dalam fungsi hasrat seksual, dapat dilakukan pada perempuan diatas 26 tahun, tidak mempengaruhi Air Susu Ibu, perlindungan terhadap terjadinya kehamilan sangat tinggi, dapat digunakan seumur hidup, dan tidak mempengaruhi atau mengganggu kehidupan suami istri.

(Seto,dkk 2011)

f. Efektivitas

MOW merupakan bentuk kontrasepsi yang sangat efektif engan angka kegagalan 1-5 per 1000 kasus, yang beraryi efektivitasnya 99,4%-99,8% per 100 wanita yang permanen

(Rosita,2013: 54)



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengkajian

A. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk dapat mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama.

(Romauli,2011:162)

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 terjadinya keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Manuaba,2010:235)

c) Agama: sebagai dasar bidan dalam memberikan

dukungan mental dan spiritual terhadapp pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan

(Manuaba,2010:117)

d) Pendidikan terakhir: sebagai dasar bidan untuk

menentukan metode yang paling tepat dalam

penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba,2010:117)

e) Pekerjaan: data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Sulistyawati,2010:221)

f) Suku/bangsa: data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan normal (Marmi,2011:155)

g) Alamat: selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Rahayu,2017)

2) Keluhan Utama

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani,dkk, 2010:87)

Keluhan yang menyebabkan ibu memeriksakan diri biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan. Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan kehamilannya karena ingin mengetahui tentang terjadinya kehamilan, ingin menggugurkan kehamilan karena alasan khusus, terjadinya penyulit

kehamilan muda yang dapat meliputi gangguan muntah berlebihan, terjadi perdarahan, atau sakit pada perut, keluhan kehamilan tua yang mungkin disertai perdarahan, mengeluarkan air ketuban, gerak anak berkurang atau hiperaktif, terlambat melahirkan, atau ingin melahirkan karena perut mulai sakit (Manuaba,dkk,2009:2)

Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan terdapat infeksi yang menyertai kehamilan kemungkinan terjadi gangguan pada genito urinaria, terdapat keluhan leukorea, atau badan panas (Manuaba,dkk 2009,:2)

3) Riwayat menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi /kandungan meliputi hal-hal berikut :

- 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 jumlah normal
- g) Dismenorea
- h) Perdarahan uterus disfungsi, misalnya spotting, menorrhagia, dan lain-lain.

- i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)
- j) Syndrome syok keracunan
- k) Syndrome premenstrual

(Hani,dkk,2011:89)

Menurut Mochtar (2012:35) wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus Neagle :

$TTP = (\text{hari HT} + 7) \text{ dan } (\text{bulan HT} - 3) \text{ dan } (\text{tahun HT} + 10 \text{ untuk siklus } 28 \text{ hari} + x \text{ hari})$

Menurut Sunarti (2013: 64-65) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertam haid normal sekitar 2 Februari caranya tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

4) Riwayat Obstetric

- 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 sosial 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 kongenital bayi dan komplikasi yang seperti icterus, 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 faktor yang mempengaruhi persalinan. (hani,dkk,2011:89)

Jumlah dan hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya, termasuk infeksi dan perdarahan harus diperoleh. Perawatan harus diberikan untuk meyakinkan bahwa faktor resiko seperti berat badan lahir rendah, lahir premature dan

melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Walsh,2012:113)

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam Rahim. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko tinggi, sehingga perlu dikirim ke rumah sakit (Manuaba,2010:168)

Informasi essensial tentang persalinan yaitu menenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan,forcep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama) berat lahir, jenis kelamin dan komplikasi lain (Marmi,2011:158)

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu dengan riwayat infeksi uterin, rasa nyeri yang berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba,2010)

5) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan yang lebih baik (Rukiyah,2009:145)

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014):

a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan.

Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir

b) Keluhan-keluhan pada trimester I,II,III. Untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda (Nurhidayati,2014)

c) Quickening atau *feeling life* (persepsi gerakan janin pertama) biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu (primigravida) atau 16 minggu (multigravida) (Pantikawati dkk,2010:52)

d) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan (Winkjosastro,2009:43)

e) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Winkjosastro,2009:43)

f) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikologisnya. 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,2009:31)

6) Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan. (Hani,dkk,2011:90)

Menurut Saifuddin (2012:MK 1-MK 74) kontrasepsi pasca salin yang tidak berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu MAL (Metode Amenore Laktasi), senggama terputus, kondom, kontrasepsi pil progestin (minipil), implant, dan AKDR (IUD). Pada umumnya klien pasca salin ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun. Konseling tentang Keluarga Berencana atau metode

kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pasca salin (Saifuddin,2012:U-51)

7) 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 Saifuddin (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 yang merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Preeklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 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 edema.

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, yogurt, 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 ibu yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan

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

5) Asam Folat

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

Tabel 2.11
Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

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

Sumber : Marmi,2013:201

Tabel 2.12
Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

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

		dan buah sama dengan pagi/siang Selingan:susu 1 gelas

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 hormone esterogen dan progesterone sehingga menyebabkan sering buang air kecil.

(Rukiyah,2009:105-106)

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan system muskuloskeletal: 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, caraa berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah,2009:107)

Senam hamil (prenatal) merupakan terapi latihan berupa aktivitas atau gerak yang diberikan pada ibu hamil untuk mempersiapkan diri, baik persiapan fisik maupun psikologis untuk menjaga keadaan ibu dan bayi tetap sehat (Widianti, 2010:27). Senam hamil merupakan sebuah latihan gerak untuk mempersiapkan ibu secara fisik dan psikologis saat persalinan (Indarti, 2009:45). Menurut (Arief,2009:18) senam hamil adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik atau mental pada persalinan cepat, aman, dan spontan. Bagi ibu hamil yang pertama kali hamil (primigravida) atau sudah pernah hamil (multigravida) sangat disarankan mengikuti program senam hamil demi kesehatan ibu dan janin (Indivara, 2009: 24)

Ada beberapa syarat yang harus diperhatikan oleh ibu hamil dalam mengikuti senam hamil. Menurut (Manuaba,2010:35) syarat tersebut Antara lain :

1. Telah mengikuti pemeriksaan antenatal dan dinyatakan sehat oleh dokter dan bidan.
2. Latihan dilakukan selama kehamilan mencapai 22 minggu

3. Latihan dilakukan secara teratur dan disiplin dalam batas kemampuan fisik ibu
4. Sebaiknya latihan dilakukan di Rumah sakit atau klinik bersalin dibawah pimpinan instruktur senam hamil

d) Pola Istirahat dan tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, ,mandi air hangat sebelum tidur dalam posisi miring ke kiri, letakkan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur pulas hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah,2009:106)

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 terakhir, kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri.

(Fareer,2010:90-91)

f) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit/ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan (Saifuddin,2009:95)

g) Riwayat Ketergantungan

1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat dalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah. Frekuensi jantung, peningkatan epinephrin, dan CO₂ meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal, dan preeklamsi (Marmi,2011:268)

2) Alcohol

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 beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental, atau bahkan kematian (Marmi,2011:268)

h) Riwayat Psikososial dan Budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan Antara lain usia nikah pertama kali, status pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Slistywati,2010:64)

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan ibu dan tingkat kesadaran pasien, sedang atau baik (Nursalam,2009:53)

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis (kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan), somnolen (kesadaran yang mau tidur saja, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri, tetapi jatuh tidur lagi), koma (tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun, reflek pupil terhadap cahaya tidak ada (Nursalam,2009:53)

c) Tanda-tanda vital

(1) Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. bila suhu tubuh lebih dari 37,5 derajat C perlu diwaspadai adanya infeksi (Roumauli, 2011:173)

(2) Pada pernafasan normlanya 16-24 kali/menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit, dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin,2009:185)

(3) Nadi, denyut nadi pada maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100x/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi >100x/menit (Marmi,2011:163)

(4) Tekanan darah pada kehamilan normal sedikit menurun sejak minggu ke 8. Kondisi ini menetap sepanjang trimester II dan kembali ke tekanan darah sebelum hamil. Seluruh TD pada wanita hamil harus diukur pada posisi duduk. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan, mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistol >120 x/menit mmHg ia berisiko mengalami pre eklamsi.
(Marmi,2011:163)

d) Pemeriksaan antropometri

(1) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetic. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah lebih dari 145 cm (Marmi, 2014:163). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli,2011:173)

(2) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah Antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu
(Manuaba,2010:95)

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut Antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Fraser *et al*, 2009:254)

Menurut Saifuddin (2010:80) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.13 :

Tabel 2.13
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	> 7
gamelli		16-20,5

Sumber : (Saifuddin,2010:180)

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg

(Saifuddin,2010:180). Kenaikan berat badan $> 0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu $< 0,34$ kg/minggu, menurunkan resiko berat badan bayi rendah (Saifuddin,2010:532)

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interprestasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah,2012: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk mealhirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).

Dengan demikian dengan hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makannya (Romauli,2011:173)

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok, atau tidak. Rambut yang mudah dicabut

menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli,2011)

(1) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigemntasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli,2011:174). Edeme pada muka atau edeme seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklamsi (Saifuddin,2010:543)

(2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjuntivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsi (Romauli,2011:174)

(3) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos

menandakan ibu kekurangan kalsium.
Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi
(Romauli,2011).

(4) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan
dan tidak berbau, bentuk simetris
(Romauli,2011:174)

b) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran
hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar
dan peningkatan vaskularisasi. Konsentrasi
plasma hormone paratiroid akan menurun pada
trimester pertama dan kemudian akan meningkat
secara progresif. Fungsi hormone ini adalah untuk
memasok janin dengan kalsium yang adekuat,
produksi peotide pada janin, plasma dan ibu
(Saifuddin, 2009:68). Hipotiroidisme sulit di
deteksi selama masa hamil karena banyak gejala
hipotiroidisme seperti keletihan, penambahan
berat badan dan konstipasi yang menyerupai
gejala-gejala kehamilan (Marmi,2011:83)

c) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak napas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dyspnea, penurunan bunyi nafas (Marmi,2011:207)

d) Abdomen

Ada bekas operasi atau tidak, ada stria atau tidak, ada linea nigra atau ada linea alba atau tidak. Gerakan menendang atau tendangan janin yang normal adalah 10 gerakan dalam 12 jam (Saifuddin,2010). Didalamnya pemeriksaan khusus yang harus dilakukan seorang bidan diantaranya:

(1) Tinggi fundus uteri (TFU)

Menurut Mc. Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba,2010; 100)

Tabel 2.14
Kehamilan dalam minggu dan
TFU dalam cm
Perkiraan Usi

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	1-2 jari diatas symphysis
16 minggu	-	
20 minggu	20 cm	3 jari dibawah pusat
24 minggu	23 cm	Setinggi pusat
28 minggu	26 cm	3 jari diatas pusat
32 minggu	30 cm	Pertengahan pusat dan prosesus sifoideus
36 minggu	33 cm	3 jari bawah prosesus xyfoideus
40 minggu		Pertengahan prosesus sifoideus dengan pusat

Sumber : Manuaba,2009:59

(2) Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012; 41) cara untuk menentukan tuanya kehamilan Antara lain :

- (a) Dihitung dari HPHT sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.

(b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali :feeling life” (quickening).

(c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.

(d) Menurut Manuaba (2010; 120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.15
Usia Kehamilan berdasarkan TFU
pada pemeriksaan palpasi

TFU	Usia Kehamilan
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan px dan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px	36 minggu
Pertengahan px dan pusat	40 minggu

Sumber : Manuaba dkk, 2010: 120

(e) Menurut Manuaba (2010; 128), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu :

1. Mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan 16 minggu.
2. Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke -36
3. Mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin.
4. Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

(3) Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya resiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012; 41) menurut rumusnya Johnson tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-

$n) \times 155 =$ berat badan (g). bila kepala diatas atau spina iskiadika maka $n=12$, dan bila kepala di bawah spina iskiadika maka $n=11$. Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III menurut Manuaba (2010; 89)

Tabel 2.16
Tafsiran Berat Janin sesuai usia kehamilan trimester III

Usia Kehamilan (bulan)	Berat Janin (g)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : Manuaba dkk, 2010; 89

(4) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold I

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 dalam 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 atau pasien ditekuk pada lutut dan lipatan paha
2. Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kaerah muka penderita
3. Rahim dibawah ke tengah
4. Tinggi fundus uteri ditentukan

(b) Leopold II

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 menentukan 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 di pihak 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)

(c) Leopold III

Menentukan bagian terbawah janin diatas simfisis ibu dan bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau masih bisa digoyangkan (Manuaba, 2010; 119)

Menurut MArmi (2011; 168) langkah-langkah memeriksa 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.

(d) Leopold IV

Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. 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 leopold IV yaitu :

1. Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki pasien.
2. Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

3. Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya baagian bawaah kedalam rongga panggul.
4. Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba di luar.

Tabel 2.17
Penurunan Kepala Janin

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

Sumber: Saifuddin, 2014:N-1

(5) Pemeriksaan denyut jantung janin

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Leannec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal dopller

sekitar minggu ke -12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar macam-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 dapat 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 120x/menit sampai 140x/menit (Romauli,2011; 180)

e) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengekuaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista

bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba, 2010: 537). Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi,2014: 170).

f) Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatnya kadar hormon yang melemahkan dinding vena dibagian anus. Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena di area panggul. Derajat hemoroid dibagi 4 yaitu:

Derajat 1 : benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB.

Derajat 2 : benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar.

Derajat 3 : benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi.

Derajat 4: benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010)

g) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsi (Marmi, 2014: 136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon di tekuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre-eklamsi.

(Romauli, 2011: 176)

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Hemoglobin

Menurut Manuaba (2012; 239), pemeriksaan Hb minimal dilakukan 2x selama hamil,

trimester I dan trimester III. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: Hb 11 g/dl tidak anemia. Hb 9-10% anemia ringan. Hb 7-8 g% anemia sedang. Hb 7g% anemia berat.

b) Pemeriksaan Golongan Darah

Diambil dari darah perifer, bertujuan untuk mengetahui golongan darah, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu apabila ibu mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga transfuse dapat segera dilakukan (Romauli, 2011: 187-188)

c) Reduksi Urin

Reduksi urin bertujuan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Cara menilai hasilnya: Hijau jernih/biru: negatif, hijau keruh: positif 1/+, hijau keruh, kekuningan (1-1,5 %): positif 2++, jingga/kuning keruh (2,3,5 %): glukosa dan merah kekuningan, keruh/merah bata: 3,52 glukosa. Dapat pula diukur dengan cara dipstick yaitu dengan mencelupkan strip ke

dalam urin segar (5 detik) sampai semua test area terendam dalam urin. Baca hasil test dengan cara membandingkan warna pada standart warna yang tersedia, 30 detik untuk memeriksa glukosa urin, pada 60 detik untuk memeriksa protein urin.

d) Pemeriksaan Urin

Pemeriksaan urin dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III.

Cara mengetahui dengan metode dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi.

Cara menilai hasil: tidak ada kekeruhan (-). Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir (+).

Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++).

Kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++).

Sangat keruh dan berkeping-keping besar atau bergumpal (++++). (Romauli, 2011: 187-188)

e) Pemeriksaan panggul

1) Distansia Spinarum

Yaitu jarak Antara spina iliaca anterior superior kanan dan kiri dengan ukuran normal 23-26 cm. (Romauli, 2011)

2) Distansia Kristarum

Yaitu jarak Antara krista iliaca terjauh kanan dan kiri dengan ukuran sekitar 26-29 cm. bila selisih Antara distansia kristarum dan distansia spinarum kurang dari 16 cm. kemungkinan besar adanya kesempitan panggul. (Romauli, 2011)

3) Konjugata eksterna

Yaitu jarak Antara tepi atas simpisis dan prosesus spinosus lumbal V dengan ukuran normal sekitar 18-20 cm. bila diameter boudelougue kurang dari 16 cm kemungkinan besar terdapat kesempitan panggul. (Romauli, 2011)

f) Kartu Skor Pedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati dapat digunakan untuk mengetahui kehamilan termasuk resiko rendah, resiko tinggi atau resiko sangat tinggi.

Untuk jarak terlalu lama hamil lagi yaitu > 10 tahun dapat berisiko perdarahan atau janin mati dalam kandungan. Tabel Skor Poedji Rochjati dapat dilihat di lampiran.

4) Analisa Data

Dari hasil pemeriksaan tersebut harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida atau multigravida, atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil, berapa usia kehamilan saat ini, apakah janin hidup, apakah janin tunggal atau kembar, bagaimana letak janin, apakah intrauteri atau ekstrauteri, serta penolong ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan (Manuaba, 2010: 123). Menurut Marmi (2011: 194) untuk menentukan diagnose kehamilan langkah-langkahnya yaitu menetapkan normalitas kehamilan, membedakan Antara ketidaknyamanan dalam kehamilan dan kemungkinan komplikasi.

2. Diagnosa kebidanan

Menurut Kepmenkes RI (2012:5), bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginteprestasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat yaitu sebagai berikut:

- a. Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Diagnose kebidanan menurut MAnuaba (2012: 123-131) adalah $G_{1/}>1P_{APIAH}$, usia kehamilan 36-40 minggu, janin hidup, tunggal/ganda, intrauteri atau ekstrauteri, presentasi kepala/bokong, keadaan umum ibu dan janin baik. Prognosa baik.

3. Perencanaan

Menurut Kemenkes (2011: 6) bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan.

- a. Diagnosa Kebidanan

$G_{1/}>1P_{APIAH}$, usia kehamilan 36-40 minggu, janin hidup, tunggal/kembar, intrauteri/ekstrauteri, punggung kanan/kiri, presentasi kepala/bokong, kepala masuk PAP/ belum masuk PAP, keadaan umum ibu dan janin baik dengan resiko rendah sampai dengan resiko tinggi (Manuaba, 2012: 123)

Tujuan :

- 1) Ibu dan janin sehta, sejahtera sampai melahirkan.
- 2) Ibu dapat merawat dirinya

Kriteria hasil:

- 1) Keadaan ibu menurut Romauli (2011: 172)
 - a) Keadaan umum baik
 - b) Kesadaran composmentis
 - c) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, Suhu:36,5-37,5 C, R: 16-24 x/menit)
 - d) Peningkatan BB 0,4kg/minggu
 - e) Pemeriksaan Laboratorium
Hb > 11 gr %, protin urine (-),
reduksi urin (-).
- 2) Keadaan janin menurut Manuaba (2012: 130):
 - a) DJJ 120-160 x/menit kuat dan teratur
 - b) TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu 36 minggu setinggi px atau 2 sampai 3 jari bawah px, 40 minggu pertengahan px dan pusat.
 - c) TBJ normal 2500 gram-4000 gram
 - d) Situs bujur dan presentasi kepala
 - e) Gerakan janin 10x gerakan/12 jam

Intervensi

Menurut Varney (2009: 554-556):

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

Rasional: bila ibu mengerti keadaanya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

- 2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester

III

Rasional: ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- 3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

Rasional: dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar

- 4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan

pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

Rasional: mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui

kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5) Diskusikan pada ibu tentang persalinan

Rasional: dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dengan tepat waktu (Marmi, 2011: 128)

6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan

Rasional: mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat

7) Jadwalkan ibu untuk kontrol 2 minggu lagi jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

Rasional: memantau keadaan ibu dan janin dalam mendeteksi dini bila terjadi komplikasi.

b. Masalah I : edema dependen

Tujuan : ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edeme dependen)

Kriteria : setelah tidur/istirahat edeme berkurang

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009, 345)

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen

R/ ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring\

2) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan

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

3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama

R/ meringankan tekanan pada vena dalam panggul

4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat

R/ pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstermitas

5) Anjurkan pada ibu menggunakan stoking elastik. Kenakan sebelum bangun dari tempat tidur

R/ karena penggunaan stoking elastic dapat membantu aliran baik vena.

6) Hindari konsumsi natrium berlebihan dalam diet

R/ karena dengan mengurangi konsumsi natrium diharapkan edema tidak semakin parah.

c. Masalah 2 : noturia

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (miksi)

Kriteria :

- 1) Ibu BAK 7-8x/hari terutama siang hari
- 2) Tidak terjadi infeksi saluran kemih

Intervensi :

- 1) Jelaskan penyebab terjadinya miksi atau sering buang air kecil

R/ ibu mengerti penyebab dari miksi karena adanya tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih

- 2) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman diuretic alamiah seperti kopi, teh, softdrink

R/ bahan diuretic akan menambah frekuensi berkemih.

- 3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih

- 4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil dahulu.

R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

d. Masalah 3 : konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : tidak terjadi konstipasi

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

Intervensi menurut Varney *et al* (2009: 539) :

1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

2) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/ keras.

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

R/ dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

4) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, peratahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/ memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus.

e. 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 Morgan *et al* (2009: 347)

- 1) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi
R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.
- 2) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun tidur
R/ minum air hangat akan merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.
- 3) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan
R/ olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua system tubuh dapat berjalan lancar termasuk system pencernaan.
- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi
R/ mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid

- 5) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat
R/ hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan.
Tetapi juga memperlancar sirkulasi darah.
- 6) Anjurkan ibu untuk mengompres air hangat
R/ kompres air hangat diperlukan untuk mengurangi
hemoroidh
- 7) Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah
anus
R/ dengan menjaga kebersihan daerah anus diharapkan
dapat terhindar infeksi

f. Masalah 5 : kram pada kaki

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis
(kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria :

- 1) Kram pada kaki berkurang
- 2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai

Intervensi menurut Benson *et al* (2013: 232)

- 1) Jelaskan penyebab kram kaki

R/ ibu mengerti penyebab kram kaki yaitu
ketidakseimbangan rasio kalsium

- 2) Anjurkan ibu untuk senam hamil

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

3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/ sirkulasi darah ke jaringan lacer

4) Minta ibu tidak berdiri lama

R/ mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat

R/ otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

7) Anjurkan ibu untuk tidak melipat kakinya saat duduk

R/ dengan tidak melipat kaki saat duduk diharapkan aliran darah ke kaki tidak terhambat

g. Masalah 6 : sesak nafas

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria :

1) Frekuensi pernapasan 16-24x/menit

2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi menurut Varney *et al* (2009: 543)

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R/ ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus

2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi

R/ menghindari penekanan diafragma

3) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ merelaksasi otot-otot

4) Anjurkan ibu menghindari pekerjaan keras

R/ aktivitas berat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.

5) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ peregangan tulang meringankan penarikan nafas

h. Masalah 7 : pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan.

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya sehingga tidak cemas.

Kriteria :

1) Pusing berkurang

2) Kesadaran composmentis

3) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Varney, *et al* (2009, 544)

1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

3) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

R/ kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing

4) Jelaskan untuk menghindari posisi terlentang

R/ sirkulasi O₂ ke otak lencer

i. Masalah 8 : nyeri punggung bawah

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

Kriteria : nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009: 347)

1) tekuk kaki daripada 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 di depan kaki yang lain akan memberikan jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

- 2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosacral dan pengencangan otot-otot punggung.

- 3) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

- 4) Gunakan sepatu tumit rendah

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

- 5) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal

R/ kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meneluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan

6) Berikan kompres hangat dan pijatan ringan pada punggung

R/ dengan mengompres hangat dan pijatan ringan pada punggung nyeri diharapkan dapat melemaskan otot-otot yang tegang

j. Masalah 9 : varices

Tujuan : tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah

Kriteria : tidak terdapat varises

Intervensi menurut Benson *et al* (2013: 254)

1) Kenakan kaos kaki penyokong

R/ penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

2) Hindari mengenakan pakaian ketat

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkan saat duduk

R/ meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises.

4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

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

5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

6) Perbanyak konsumsi sayuran dan buah berserat tinggi dan makanan yang dapat merangsang sirkulasi darah

R/ dengan mengkonsumsi sayuran dan buah berserat tinggi diharapkan dapat memperlancar sirkulasi darah.

k. Masalah 10 : panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : tidak terjadi *heart burn*

Kriteria :

- 1) Tidak kembung
- 2) Ibu tidak nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Benson *et al* (2009: 256)

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi sphincter esofagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus grasto intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ ibu mengerti penyebab timbulnya panas hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

- 2) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering
R/ untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.
- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak dan berbumbu merangsang dan pedas
R/ karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.
- 4) Hindari rokok, kopi, alkohol, dan cokelat
R/ karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam Rahim.
- 5) Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur
R/ bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.
- 6) Hindari minum selain minum air putih
R/ karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh
- 7) Tidur dengan kaki ditinggikan
R/ memperlancar aliran darah uteroplasenter, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

8) Berikan antasida

R/ antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada

9) Anjurkan ibu untuk bernafas panjang dan rileks untuk beberapa menit.

R/ duduk tegak dapat menyebabkan diafragma terangkat sehingga rongga abdomen lebih luas, tekanan dan nyeri berkurang.

10) Anjurkan ibu untuk duduk tegak

R/ duduk tegak dapat menyebabkan diafragma terangkat sehingga rongga abdomen lebih luas, tekanan dan nyeri berkurang.

1. Masalah 11 : kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria :

- 1) Ibu tampak tenang dan rileks
- 2) Ibu tampak tersenyum
- 3) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi menurut Varney *et al* (2009: 538)

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal.

2) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman.

3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif

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

4. Implementasi

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan pada klien dan keluarga. Mengarah atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman. (Ambarwati, dkk, 2009: 478)

5. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukannya tindakan (Estiwidani, 2009: 63)

6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2009: 7) pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/ buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose 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 dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian

A. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi Antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati, 2011: 220)

b) Usia

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia dibawah 16 tahun atau usia diatas 35 tahun mempredposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia diatas 35 tahun meningkatkan

insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin. (Varney, 2009: 691)

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistiywati, 2011: 221)

d) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009: 130)

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati, 2009: 130)

f) Suku/Bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistiyawati, 2011: 221)

g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Eny, 2010: 132)

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2010: 173) tanda-tanda persalinan adalah:

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri-ciri pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi pendarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban

diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II menurut Manuaba (2010: 173) adalah:

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 dengan durasi 50 sampai 100 detik
- (2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

3) Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dan sifat darah (cair atau ada gumpalan) dismenorhea atau tidak dan haid terakhir (Manuaba, 2011: 455)

Menurut Mochtar (2012 : 35) wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat di tafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegle:

TTP = (hari HT+7) dan (bulan HT-3) dan (tahun HT+1)
untuk siklus 28 hari +x hari

Menurut Sunarti (2013 : 64-65) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terakhir 2 februari, caranya tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

4) Riwayat obstetric

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan resiko sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurut seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan bayi kecil untuk masa kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38 derajat C. bila terjadi peningkatan suhu lebih dari 38 derajat C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri yang disebut "*after pain*" terutama pada multipara (Manuaba, 2010: 201)

5) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) untuk mengetahui umur kehamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang di hitung dengan rumus Neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT + 7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba,2010: 58).

Dikaji tentang jumlah kunjungan, jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada trimester 1, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III.

Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera ditimbulkan bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010: 284)

Dikaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya, akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin, 2009:91)

6) Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi visabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser *et al*,2009: 252)

Aborsi spontan berulang dapat mengidentifikasi adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidak seimbangan hormone, atau inkompetensi serviks (Fraser *et al*,2009: 252).

7) Riwayat Persalinan

Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan Antara primigravida dan multigravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Varney dkk, 2009: 692)

8) Riwayat nifas

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38⁰C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri

disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:170)

9) Riwayat kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Winkjosastro, 2010: 134)

10) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang di gunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014: 126)

11) Riwayat Kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal. Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesaria, dan terjadinya diabetes mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubinemia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009: 851)

b) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan post partum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010: 240)

c) HIV

Transmisi HIV dari keadaan janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pascapersalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009: 933)

d) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh treponema palladium. Transmisi treponema dari ibu ke janin umumnya terjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16 minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis kongenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009: 929)

e) Penyakit jantung

Perdarahan fisiologis terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis., terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami atrial fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah ke dalam sirkulasi sistemik/autotransfusi sewaktu his

atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah ibu ke janin. (Saifuddin, 2010: 769)

f) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan premature, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruption plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio secaria (Fraser *et al*, 2009: 322)

g) Hipertiroidisme

Menurut Fraser *et al*, 2009: 346) hipertiroidisem pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsia, kelahiran premature, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

h) Gonoroe

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan premature (Fraser *et al*, 2009: 371)

12) Data fungsional kesehatan

a) Nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah sudah mengonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin di kandungnya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kurang cairan (Fathma, 2014: 127)

Ibu diperbolehkan mengonsumsi rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser *et al*, 2009: 451)

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga dianjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan

akan dikeluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi. (Marmi, 2011:126)

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 PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk 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). 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)

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)

Istirahat pasien :

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama

e) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien.

- 1) Kapan terakhir mandi, kemas, dan gosok gigi
- 2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam

(Sulistyawati, 2010: 23)

f) Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetric yang prima. Akan tetapi riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011: 128)

g) Ketergantungan

1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Anita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi,2011: 156)

2) Alcohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alcohol dan

gangguan perkembangan saraf janin alcohol membuat klinis wajib menyakan asupan alcohol dan mengingatkan wanita efek potensial alcohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi,2011: 156)

3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti meroko, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko, wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi,2011: 156)

13) 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 objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Menurut Sulistywati (2011: 226), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dialporkan kriterianya adalah sebagai berikut.

1) Baik

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

2) Lemah

Pasien ini dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mengetahui gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis

(kesadaran normal/sepenuhnya), somnolens kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang, apatis (pasien tampak acuh untuk berhubungan dengan lingkungan sekitar), spoor comatis (keadaan seperti keadaan tertidur terlelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon an tidak bisa di bangunkan). (Sulistiywati,2011: 175)

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney,dkk, 2009: 686). Diukur untuk mengetahui preeklamsia yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg. (Marmi,2011: 129)

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney,dkk, 2009: 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 anxietas, 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,dkk: 2009)

3) Suhu

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak

sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney,dkk, 2009: 687). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90x/ menit (Marmi,2011:129)

4) Respirasi Rate

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney,dkk: 687)

Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser, dkk, 2009: 453)

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli,2011:173)

d) Pemeriksaan antropometri

1) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetic. Tinggi badan baru diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah > 145 cm (Marmi,2011: 163)

2) Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. pada trimester ke 2 dan ke 3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan perminggu masing-masing sebesar 0,5kg dan 0,3 kg (Saifudin, 2011:180). Kenaikan berat badan $> 0,57\text{kg/minggu}$ merupakan faktor resiko timbulnya preeklamsia

3) LILA

Standar minimal LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,2012:136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kualitas makanannya (Romauli,2011:173)

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak (Winkjosastro,2009:57)

(1) Rambut

Untuk menilai warna rambut klien bersih/tidak, ada ketombe/tidak, rontok/tidak. (Manuaba,2009:25)

(2) Muka

Untuk mengetahui keadaan muka pucat atau tidak, ada oedema dan cloasma gravidarum atau tidak (Prawirohardjo,2010: 39)

(3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal 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 preeklamsi (Romauli,2011:53). Spasme anterior, edeme sekitar diskus optikus, ablasio retina (lepasnya retina) merupakan salah satu tanda gejala preeklamsi (Manuaba,2010:51)

(4) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/tidak (Varney,dkk 2009)

(5) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah

dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli,2011). Untuk mengetahui ada karies gigi atau tidak, lidah bersih atau kotor, ada stomatitis atau tidak (Nurhidayah,2014).

(6) Telinga

Untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, benjolan, lesi, warna, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, membrane timpani (Varney,2009)

b) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010: 186). Kelenjar limfa yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2010: 340)

c) Dada

(1) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney,dkk 2009: 1050)

(2) Paru-paru

Untuk mengetahui kemungkinan penyakit paru-paru, gagal jantung, gagal ginjal, hipoalbumemia (Manuaba,2010). Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli,2011:174)

(3) Jantung

Jantung normal tidak berdetak cepat, dan bunyi teratur (Varney dkk, 2009)

d) Abdomen

Untuk mengetahui ada bekas operasi/tidak, linea stria ataaau tidak (Nursalam,2009). Proses

pengamatan dilakukan untuk menilai pembesaran perut sesuai tau tidak dengan tuanya kehamilan, bentuk perut membesar ke depan atau ke samping, adakah kelainan pada perut, serta untuk menilai pergerakan janin (Alimul,2010)

Pemeriksaan dengan indra peraba yaitu tangan, dilakukan untuk menentukan besarnya Rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak anak dalam Rahim.

Pemeriksaan palpasi dikatkan dengan metode:

TFU : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan umur kehamilan

Leopold I: untuk mengetahui TFU dan bagian apakah yang ada di fundus

Leopold II : untuk mengetahui bagian punggung janin berada di sebelah kanan atau kiri

Leopold III : untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin, bokong atau kepala.

Leopold IV : untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum.

TBJ : untuk mengetahui perkiraan berat janin. Dihitung dengan TFU bila kepala janin sudah masuk panggul dikurangi 11, dan bila

kepala janin belum masuk panggul dikurangi 12 dikali 155 (Manuaba,2010).

Djj : pemeriksaan dengan mendengar bunyi dengan menggunakan stetoskop untuk mendenagrkan bunyi detak jantung janin, bising tali pusat, bising Rahim, serta bising usus (Alimul,2010). Detak jantung janin : lokasi puctum maximum, frekuensinya teratur/tidak.

Denyut jantung normal 120-160x/menit, jika ditemukan DJJ dibawah 100x/menit atau lebih dari 160x/menit merupakan tanda-tanda yang perlu diwaspadai pada janin (gawat janin). (Varney,dkk 2009)

HIS : His kalaa II, his semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba,2010:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(a) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap 10 cm. kala satu persalinan

terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Winkjosastro,2010:39)

(b) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Winkjosastro,2010: 79)

(c) Kala III

Persalinan kala III dimulai sejak lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Winkjosastro,2010: 99)

(d) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah persalinan (Winkjosastro, 2010: 99)

e) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka tau massa termasuk kondiloma, vasikosis vulva atau

rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban, dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya.

(Winkjosastro, 2010: 45)

f) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (winkjosastro, 2010: 46)

g) Ekstermitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012: 163). Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibial, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney dkk, 2009: 693)

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan dalam (VT)

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa. Dengan pemeriksaan dalam bisa juga diketahui effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge.

Menurut Winkjosastro (2010: 54-56) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

- (1) Memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, vasikositas vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.
- (2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau meconium:
 - (a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.
 - (b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat

pewarnan meconium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(c) Jika meconium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk patograf

(d) Jika meconium kental, menilai 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 di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

(4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks

(5) Memastikan tali pusat atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.

(6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul. Menurut Sulistyawati (2010: 96), bidang-

bidang hodge digunakan untuk menentukan sampai di mana bagian-bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut Antara lain

- (a) Hodge I : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
- (b) Hodge II : bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi bawah simfisis.
- (c) Hodge III : bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi spina ischiadika.
- (d) Hodge IV : bidang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis.

Jika bagian kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

b) Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *Vaginal Toucher* (VT), caranya

pemeriksa (dokter atau bidan) memasukkan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal Antara tulang kemaluan dan promontorium adalaah 11 cm. jika kurang maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010: 13).

c) Pemeriksaan Hemoglobin

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g% : tidak anemia

Hb 9-10 g% : anemia ringan

Hb 7-8 g% : anemia sedang

Hb <7 g% : anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010: 239)

d) Pemeriksaan golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor rhesus (Rh). Ibu dengan *rhesus* berisiko mengalami keguguran, amniosintesis atau trauma uterus dan harus diberi anti gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah

pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibody, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser,dkk 2009: 255).

e) Pemeriksaan urin

Menurut Fraser,dkk (2009: 255) urinalisasi dilakukan setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya *abnormalities*. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi rutin Antara lain:

- 1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hyperemesis, kelaparan, tau latihan fisik yang berlebihan.
- 2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- 3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

f) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostic dengan menggunakan gelombang ultrasik untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari gelombang ultrasonic yang dipantulkan oleh organ (Prawirohardjo, 2009)

2. Dignosa Kebidanan

Diagnosa : G..P_{APIAH} UK 36-40 minggu, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep,H..., kepala sudh masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

- a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney dkk, 2009: 718-719)
- b. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Winkjosastro, 2009: 40)
- c. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - 1) Kekurangan cairan
 - 2) Infeksi
 - 3) Kram tungkai (Varney dkk: 2009: 722)
- d. P_{APIAH} kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Winkjosatro (2010: 118) :

- 1) Retensio plasenta
 - 2) Avulsi tali pusat
 - 3) Plasenta yang tertahan
- e. P_{APIAH} Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Winkjosastro (2010: 118)

- 1) Atonia uteri
- 2) Robekan vagina, perineum atau serviks
- 3) Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh

3. Perencanaan

a. Diagnosa

G_>P₀> UK 36-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H_{I-IV}, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala satu fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

b. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi Selama persalinan

c. Kriteria

- 1) KU baik, kesadaran composmentis
- 2) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37⁰ C

N : 80-100x/menit

R : 16-24x/menit

3) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

4) Kala I pada primigravida <13 jam, pada multigravida <7 jam

5) Kala II pada primigravida <2 jam, pada multigravida <1 jam

6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif

7) Kala III pada primigravida <30 menit, pada multigravida <15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap

8) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan <500 cc.

d. Intervensi

1) Kala I

a) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.

R/ wanita yang melakukan persiapan dalam menghadapi kelahiran memiliki pengetahuan tentang proses persalinan. Mereka biasanya menginginkan dan memerlukan informasi tentang

kemajuan persalinan mereka (Winkjosastro, 2010: 57)

- b) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his. Teknik relaksasi yaitu dengan napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya dari mulut setelah masing-masing kontraksi.

R/ teknik ini berfungsi ganda, tidak hanya meningkatkan relaksasi, tetapi juga berfungsi membersihkan jalan nafas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi.

- c) Observasi sesuai partogram yaitu HIS, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan tanda-tanda vital ibu.

R/ partogram bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam, mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama (Winkjosastro, 2010: 57)

- d) Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak berbaring terlentang.

R/ jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, dan plasenta dll)

menekan vena cava inferior. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan untuk meneran secara efektif.

- e) Beri asupan nutrisi pada ibu dan memberi ibu makan dan minum

R/ makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan tau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

- f) Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa.

R/ kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala janin. Selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca salin (Winkjosastro, 2010: 55).

g) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.

R/ menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat wanita.

h) Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering

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

i) Gunakan teknik sentuhan fisik

R/ sentuhan yang diberikan pada wanita (pada tungkai, kepala, lengan) tanpa tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, memberi kenyamanan dan pengertian serta dapat menentramkan, menenangkan, menghilangkan kesepian, dan sebagainya.

j) Berikan usapan pada punggung maupun abdomen

R/ usapan pada punggung dengan memberikan tekanan eksternal pada tulang belakang menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. Usapan pada perut dapat meningkatkan

kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita.

k) Lakukan pemeriksaan dalam atas indikasi

R/ mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf (Handayani, 2010: 37)

2) Kala II

(1) Memastikan tanda dan gejala kala II (doran, tekus, perjol, vulka)

R/ gejala dan tanda kala dua merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah di mulai (Winkjosastro, 2010: 82)

(2) Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan essensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

R/ ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan essensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru

lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka

(3) Pakai celemek plastic

R/ celemek merupakan penghalang atau barrier Antara penolong dengan bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit.

(4) Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling untung mencegah kontaminasi silang (Saifudin,2010: U-14)

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam

R/ penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin pathogen yang menular melalui darah.

(6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang bersarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

R/ semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.

- (7) Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas DTT atau kasa yang dibasahi air DTT

R/ membersihkan vulva dan perineum dengan air DTT digunakan sebagai pencegahan infeksi dan menjaga kebersihan ibu

- (8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

R/ mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan patograf.

- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, kemudian cuci tangan.

R/ pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara

baik dan benar melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi.

- (10) Periksa DJJ setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)

R/ mendeteksi bradikardi janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta yang disebabkan oleh anesthesia, atau posisi yang tidak tepat

- (11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap, 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 ketuban, plasenta, dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan

ibu untuk meneran secara efektif

(Winkjosastro,2010: 87)

(12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/ posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa aman dan nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan beristirahat diantara kontraksi.

Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya (Winkjosastro, 2010: 84)

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

R/ meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernafas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta (Winkjosastro, 2010: 81)

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

R/ handuk pada perut ibu digunakan untuk persiapan mengeringkan bayi baru lahir.

(15) Letakkan kain bersih yang dilipat di 1/3 bagian bawah bokong ibu

R/ kain kering yang dilipat 1/3 bagian dipersiapkan mengusap muka bayi setelah lahirnya kepala.

(16) Buka partus set dan cek kelengkapan alat dan bahan
R/ ketidaklengkapan alat, bahan, dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa.

(17) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
R/ penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin atau patogen yang menular melalui darah

(18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.

R/ melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi peregangan berlebihan atau robekan pada vagina dan perineum.

(19) Dengan lembut meenyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih

R/ membersihkan jalan nafas bayi

(20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran.

R/ prasat ini dilakukan untuk mengetahui apakah tali pusat berada di sekeliling leher bayi dan jika memang demikian untuk menilai seberapa ketat tali pusat tersebut sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut.

(21) Tunggu hingga kepala janin selesai melahirkan putaran paksi luar secara spontan.

R/ pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu berotasi internal ke arah diameter anteroposterior pintu bawah panggul.

(22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk

meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi di bawah mandibula atau sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi. Kelahiran bahu dan badan bayi dengan gerakan ke arah atas dan luar secara biparietal merupakan mekanisme persalinan yang disebut kelahiran bahu dan tubuh dengan fleksi lateral melalui kurva carus.

(23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. 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 ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum.

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

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

(25) Lakukan penilaian bayi baru lahir.

R/ proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi (Winkjosastro, 2010; 152).

(26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk dengan handuk atau kain yang kering, biarkan bayi berada diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak

segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relative hangat.

R/ meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu untuk segera kontak dengan bayi nya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi di meja ataaau tempat tidur di area Antara kaki ibu.

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

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

(28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut

R/ menghindari terjadinya kesalahan dalam memotong tali pusat

(29) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali

pusat terbuka. Jika bayi mengalami sulit bernafas, ambil tindakan yang sesuai.

R/ menghindari terjadinya hipotermia

- (30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan untuk memeluk bayinya dan memberikan ASI jika ibu menghendaki.

R/ memunculkan bonding attachment Antara ibu dan bayinya

- (31) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (janin tunggal).

R/ oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurunkan pasokan oksigen kepada bayi. Jangan menekan kuat corpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta.

- (32) Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

R/ dengan dilakukan penjelasan, pasien akan lebih tenang dan tidak cemas atas tindakan yang dilakukan.

3) Kala III

- (33) Dalam waktu dua menit, setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian

distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan 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.

(34) Memindahkan klem pada tali pusat

R/ memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi.

(35) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat

R/ tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uretus mengalami perubahan bentuk, dan tinggi, fundus berada diatas pusat dan tali pusat memanjang (Winkjosastro, 2010: 101)

(36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara

menekan uterus kearah atas dari belakang (dorso kranial) dengan hati-hati

R/ mencegah terjadinya invertio uteri

- (37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso kranial).

R/ segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

- (38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil dan kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

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

- (39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukanlah masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan

melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

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

(40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastic 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 membrane telah dilahirkan seluruhnya (Varney, *et al* 2009: 162)

(41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukanlah penjahitan pada laserasi menyebabkan perdarahan.

R/ penjahitan digunakan untuk mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah (Hidayat, 2011: 99)

(42) 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

(43) Menceleupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkan dengan kain bersih dan kering.

R/ mencegah terjadinya infeksi

(44) Menempatkan klem tali pusat di air DTT atau steril dan mengikat tali dengan simpul mati di sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari tali pusat

R/ menjaga kebersihan tali pusat bayi

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

R/ menjaga kerapihan pada tali pusat

(46) Melepaskan klem bedah dan meletakkanya dalam larutan klorin 0,5%

R/mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua

cemaran darah, cairan darah atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan (Winkosastro, 2010: 17)

(47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih
R/ menjaga kehangatan dan kebersihan bayi

(48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI
R/ inisiasi menyusui dini sangat penting untuk melakukan bonding Antara ibu dan bayi

(49) Lanjutkan pemantauan kondisi dan mencegah perdarahan pervaginam
R/ atonia uteri jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase fundus uteri)

(50) Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
R/ jika ibu dan keluarga mengetahui cara melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi maka ibu dan keluarga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.

(51) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
R/ memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untk menilai kondisi ibu

(52) Periksa nadi ibu dan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca salin dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca salin

R/ kandung kemih yang penuh bisa mengganggu kontraksi uterus

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

R/ mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan darah atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan (Winkosastro, 2010: 17)

(54) Buang bahan-bahan yang berkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

R/ sebagian besar limbah persalinan dan kelahiran bayi adalah sampah berkontaminasi jika tidak dikelola dengan benar, sampah berkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat

(55) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT.
Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah.
Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
R/ kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi (Varney, *et al* 2009; 719

(56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

R/ pemberian ASI secara dini bila merangsang produksi ASI, memperkuat reflek menghisap bayi. Reflek menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir.

(57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus

(58) Celupkan kain kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus

(59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010; U-14).

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

R/ partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2009: 55)

a. Masalah kala I:

a) Cemas menghadapi persalinan

Tujuan : mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : ibu tampak tenang

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/ proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

(2) Jelaskan proses kemajuan persalinan pada ibu.

R/ ibu bersalin memerlukan penjelasan, mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan

R/ ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Nyeri

Tujuan : ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria :

- (1) Nyeri punggung berkurang
- (2) Ibu tidak merasa cemas
- (3) Ibu merasa tenang

Intervensi :

- (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) Beriksan usapan punggung

R/ usapan punggung meningkatkan relaksasi

(4) Pemberian kompres hangat pada punggung

R/ kompres hangat akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

b. Masalah kala II

a) Kekurangan cairan (Winkjosasteo, 2010: 116)

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

(1) Nadi (60-100x/menit)

(2) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam



Intervensi menurut Winkjosastro, 2010:

116

(1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan keukupan minum

(2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G berikan RL atau NS 125 cc/jam

R/ pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

(3) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaanya gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

R/ rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi



b) Infeksi

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria :

- (1) Nadi dalam batas normal (60-100x/menit)
- (2) Suhu normal (36,5-37,5 C)
- (3) KU baik
- (4) Cairan ketuban/cairan pervaginam tidak berbau.

Intervensi :

- (1) Baringkan miri ke kiri
R/ miring ke kiri mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan
- (2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125 ml/jam
R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkatkan menyebabkan dehidrasi.
- (3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/oral

R/ antibiotic 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 obstetric

R/ infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

c) Kram tungkai

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi (Varney, 2009: 722)

(1) Luruskan tungkai ibu

R/ meneluruskan tungkai ibu dapat melancarkan peredaran darah ke ekstermitas.

(2) Atur posisi dorsofleksi

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

d) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan KU baik (Kepmenkes No, 938/Menkes/SK/VIII/2009 tentang standar asuhan kebidanan

Tujuan : dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

- a) Bayi menangis kuat
- b) Bayi bergerak aktif

Intervensi :

- a) Observasi tanda-tanda vital bayi.

R/ tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi

- b) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relative hangat

- c) Bounding attachment dan lakukan IMD

R/ bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu dapat merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

- d) Berikan Vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/ vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakarnial

- e) Berikan salep mata

R/ salep mata sebagai profilaksis



c. Masalah Kala III

- a) Retensio plasenta (Winkjosastro, 2010: 114)

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap.

Kriteria : tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi :

- (1) Plasenta masih didalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar ukuran 16 atau 18 dan berikan RL tau NS dengan 20 unit oksitosin.
- (2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan pananganan lanjut
- (3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetric.
- (4) Damping ibu k tempat rujukan

(5) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : tidak terjadi avulsi

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi :

(1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi

(2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorsokranial pada uterus

(3) Setelah plasenta, lakukan masase uterus dan periksa plasenta

d. Masalah Kala IV

a) Terjadinya atonia uteri

Tujuan : atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

(1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

(2) Perdarahan < 500cc

Intervensi :

(1) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan keluar

(2) Jika kompresi bimanual uterus tidak berkontraksi dan perdarahan keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna (KBE). Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mg per rektal dan gunakan jarum diameter 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 ulang KBI

(4) Jika uterus tidak berkontraksi 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfuse darah

(5) Dampingi ibu selama merujuk lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

b) Robekan vagina, perineum, dan serviks

Tujuan : robekan vagina perineum atau serviks tidak dapat terjadi

Kriteria :

- (1) Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baik
- (2) Perdarahan < 500 cc

Intervensi :

- (1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- (2) Jika terjadi laserasi serajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan
- (3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:
 - (a) Pasang infus menggunakan jarum besar ukuran 16-18 dan berikan RL atau NS.

- (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
- (c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetric
- (d) Dampingi ibu ke tempat rujukan

4. 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 rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan (Kemenkes, 2009). Dengan kriteria :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien dan keluarga
- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi

- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana, fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai dengan standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2009). Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2009 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan. Dengan kriteria:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/pasien

6. Dokumentasi

Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2009 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : adalah subjektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : adalah objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisepatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

1. Pengkajian

A. Data Subjektif

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 dala 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 perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010: 132)

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010: 132)

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakn 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* (2009: 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 intermiten (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 statis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi pada pasokna 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 episiotomy dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut.

5. Konstipasi

Konstipasi menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 1 dan 2.

6. Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

3) Riwayat Kesehatan

1. Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kardis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2011: 240)

2. Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis kibat 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 Sifilis, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010: 338)

4. Penyakit Asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam Rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010: 336)

5. Pengaruh penyakit jantung pada 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 atau 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 diperoleh bidan, bidan mempunyai gambaran tentang dasar dari organ reproduksinya antar lain menarche, siklus, lamnaya, volume, keluhan.

b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas, maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lokeha rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lokea sanguinoluenta pada hari keempat sampai ketujuh, lokea serosa pada hari ke 14 sampai 28 dan kemudian pengeluaran lokea alba hari ke 28 sampai seterusnya. Ibu dengan riwayat pengeluaran lokea purulenta, lokea statis, 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: 210).

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 2.18
Contoh menu makan ibu nifas

Bahan Makanan	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 (2009: 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, 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 bayi nya melalui ASI (Heryani R, 2010: 57)

g) Riwayat Psikososial Spiritual

Ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering di sebut dengan *postpartum blues*. *Postpartum blues* sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita yang terpisah dari keluarga dan bayi nya (Anggraini, 2010: 136)

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu baik, sedang, atau buruk (Nursalam, 2009), pada kasus ibu hamil dengan letak lintang keadaan umumnya baik (Saifuddin, 2009: 145)

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis, apatis, somnolen, dan koma pada ibu hamil (Saifuddin, 2009: 145)

c) Tekanan darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi (Saifuddin, 2009: 145). Batas normal 120/80 mmhg .

d) Suhu

Untuk menilai kondisi metabolisme dalam tubuh menghasilkan panas secara kimiawi melalui metabolisme darah untuk mendeteksi dini adanya gangguan termoregulator di hipotalamus normalnya 36-37,5 derajat celsius.

e) Denyut nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit, batas normal 60-100x/menit (Winkjosastro, 2009: 157)

f) Respirasi

Untuk mengetahui kelainan pada organ-organ saluran nafas normalnya 16-24x/menit.

g) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm atau tidak, termasuk resiko tinggi apa tidak.

h) Berat badan

Untuk mengetahui adanya kenaikan berat badan rata-rata 0,3-0,5 kg perminggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama hamil 9-12 kg (Saifuddin, 2010: 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, 2009: 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 oedeme (Romauli, 2011: 384)

c) Mata

Bentuk simetris, conjunctiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan adanya konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011: 384)

d) Hidung

Untuk mengetahui adanya pernafasan cuping hidung atau tidak, bersih atau tidak, adanya secret atau tidak (Sulistiywati, 2009: 157)

e) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gigi, gusi berdarah atau tidak (Sulistiyawati, 2012: 157)

f) Telinga

Normal atau tidak ada serumen yang berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011: 99)

g) Leher

Untuk mengetahui apakah ada 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 (Sifuddin, 2009:124)

i) Abdomen

Pada abdomen haru smeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009: 124). Menurut Varney (2009: 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 urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat

mempresdiposisi 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 melakukan palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan baik.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat objektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (rektus abdominus). 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 (*costovertebratal Angel*) nyeri yang muncul diarea sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

j) Genetalia dan perineum

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokea (Varney *et al*, 2009: 969). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomy, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009: 125)

k) Ekstermitas bawah

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerpuralis 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 Sulistywati (2009: 100)

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat besi selama 40 hari pasca salin.
- b) Vitamin A 200.000 unit agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi nya melalui ASI.

m) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan hemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat shali.

Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut : tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8 g%, anemia berat jika <7g%

(Manuaba, 2010: 239)

C. Analisis Data

Analisis/Assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif, mencakup diagnose/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untukantisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatun, 2010: 248-249)

2. Diagnosa Kebidanan

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 menegakan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Diagnosa 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..postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009: 156). PAPIAH Post partum hari ke..., laktasi, lokea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan

masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney, *et al*, 2009: 974)

3. Intervensi

Diagnosa : PAPIAH, Postpartum hari...laktasi lancer, lochea normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 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 : composmentis
- b. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

Tanda-tanda vital :

T ; 110/70- 130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5 derajat C

RR : 16-24x/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 sebelum hamil 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 2.19
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 12-13 cm dari atas symphysis atau 1 cm dibawah pusat/sepusat	-	-	-
3 hari	3 cm dibawah pusat selanjutnya turun 1 cm/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	200 gram	5,0 cm	1 cm
Hari ke 40	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Rahayu (2016,85)

e. Lokea normal

Lokea rubra keluar hari ke 1 sampai ketiga berwarna merah kehitaman. Lokea sanguinolenta keluar hari ke 4 sampai ke 7 berwarna putih bercampur merah. Lokea serosa keluar dari hari ke 7 sampai ke 14, berwarna kekuningan. Lokhea alba, keluar setelah hari ke 14 berwarna putih (Manuaba, 2010: 201)

Intervensi

- a. Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang tyerjadi (Saifuddin, 2009: 123)

- b. Anjurkan ibu untuk menyusui bayi nya

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap subtansi zat makan/minuman yang

dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan
(Saifuddin, 2009)

c. Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan
(senam nifas)

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/
mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan
langsung seperti semula (Mochtar, 2012)

d. Beri konseling ibu tentang KB pasca salin

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012)

e. Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan
imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012)

Kemungkinan masalah :

a. Masalah 1 : konstipasi

Tujuan : setelah dilakukan penyuluhan, masalah
konstipasi dapat teratasi

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

Intervensi :

1) Jelaskan fisiologi konstipasi yang dialami
ibu

R/ ibu memahami dan 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 jika terasa

R/ berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan fese.

4) Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan, serta dalam diet

R/ makanan tinggi sert menjadikan feses tidak terlalu padat

5) Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin/panas (ketika perut kosong)

R/ dengan minum air panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB.

b. Masalah 2 : retensi urine

Tujuan : setelah dilakuakn penyuluhan masalah retensi urin dapat teratasi

Kriteria hasil : ibu bisa BAK setelah 2 jam postpartum

Intervensi menurut Utami,dkk (2014)

1) Lakukan pemasangan kateter tetap dalam 24 jam

R/ menjaga kandung kemih agar tetap kosong

2) Lakukan *Bardertraining* dengan langkah-langkah sebagai berikut :

a) Berikan edukasi kepada klien tentang pentingnya eliminasi BAK spontan setelah melahirkan

R/ retensio urin 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 subinvolusi uterus.

b) Berikan ibu minum

R/ hal ini dimungkinkan dengan adanya asupan cairan dapat menstimulasi kerja ginjal, sehingga akan timbul keinginan keinginan ibu postpartum untuk berkemih.

c) Ukur tanda-tanda vital dan bladder training dimulai dari 2 jam postpartum

R/ hal ini dikarenakan perlu kondisi yang stabil untuk turun dari tempat tidur dan mengikuti program bladder training.

Untuk mempercepat pemulihan kondisi setelah melahirkan diperlukan ambulasi dinidn berkemih setelah 2 jam postpartum untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum

d) Bawa klien ke toilet untuk BAK dengan posisi duduk dan menyiram perineum dengan air hangat

R/ hal ini dimungkinkan untuk merelaksikan kandung kemih sehingga ibu postpartum dapat bisa berkemih dengan nyaman.

e) Buka kran air maksimal 15 menit dimulai sejak klien berada di toilet

R/ hal ini merupakan stimulus untuk berkemih secara cepat.



f) Observasi apakah sudah BAK/belum

R/ hal ini dimungkinkan untuk mengetahui kemampuan ibu berkemih setelah melahirkan dalam batas normal atau masalah setelah melahirkan.

g) Ulang bladder 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) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/ mengurangi sedikit rasa nyeri

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 setiap jam bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu berkurang.

d. Masalah 4 : after pain (kram perut)

Tujuan : masalah kram perut teratasi

Kriteria hasil : 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 di bawah perut

R/ posii ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Jika perlu diberikan analgesic (paracetamol, 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 hasil : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, dan tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Manuaba (2010: 420) Antara lain :

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin

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

- 4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangg 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 pada payudara masih terasa penuh

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 7) Berikan terapi paracetaamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri

4. Implementasi

Bidan merencanakan asuhan kebidanan 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)

5. 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)

6. 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, mencari hasil pemeriksaan

A : hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan dan rujukan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi baru Lahir

1. Pengkajian

A. Data Subjektif

1) Biodata bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh di lepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2010: 205)

2) Keluhan Utama

Keluhan Utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral thrust (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012:

3) Riwayat antenatal

Pemeriksaan antenatal dilakukan setiap 4 minggu sampai kehamilan 28 minggu. Selanjutnya pemeriksaan dilakukan setiap 2 minggu sampai usia 36 minggu dan sesudah 36 minggu setiap minggu (Winkjosastro, 2010: 156). Menurut Saifuddin (2012: 100) kehamilan cukup bulan ialah usia 37-40 minggu. Untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum dianjurkan untuk diberikan toxoid tetanus pada ibu hamil.

4) Riwayat Natal

Usia kehamilan aterm (37-40 minggu) Kala I berlangsung 12 jam pada primigravida kemudian pada multigravida berlangsung 8 jam (Manuaba, 2010: 37) Kala II pada primigravida berlangsung 2 jam sedangkan pada multi 1 jam (Mochtar, 2015: 72). Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, gerak aktif dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) dengan umur kehamilan 37-42 minggu, mempunyai APGAR SKORE 8-10 (Manuaba, 2010: 249). Setelah bayi lahir dilakukan IMD dengan kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 1 jam (Winkjosastro, 2014: 126)

5) Riwayat Post Natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012: 368). 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 meconium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney, *et al*, 2009: 917)

6) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kg BB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kg BB/hari (Marmi, 2012: 379)

Untuk peningkatan kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada :

Tabel 2.20
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonates

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

Sumber : Saifudin, 2012: 380

Menurut Walsh (2012: 375) bayi menyusui setiap 1-8 jam. Frekuensi meningkat dengan cepat Antara hari 3-7 setelah kelahiran.

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

(2) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut meconium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012: 77)

Pengeluaran meconium 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, 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 *et al*, 2009: 711). BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8-10 kali atau popok kotor per hari (Walsh, 2012: 378)

c) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan

bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011: 26)

Tabel 2.21
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : Dewi (2011: 29)

d) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012: 378)

e) Personal Hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2012: 368)

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 1-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu (Walsh, 2012: 377).

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih, cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009: 370)

7) Riwayat psikososial dan budaya

Kontak awal ibu dan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang Antara ibu dan orangtua (MArmi, 2011: 207)

B. Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum dan kesadaran

Untuk mengetahui keadaan umum bayi meliputi tingkat kesadaran (sadar penuh, apatis, gelisah, koma) gerakan yang ekstrem dan ketegangan otot.

b) Tanda-tanda vital

(1) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur tau ketiak (Saifuddin, 2009:138). Suhu tubuh bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempai dengan jenis thermometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5 derajat celcius dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5 derajat C (Varney *et al*,2009: 882).

(2) Pernapasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi.

Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu, kondisi ini normal.

Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi

(Saifuddin, 2009: 135). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit.

Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, *et al*, 2009: 717)

(3) Nadi

Bunyi jantung pada menit-menit pertama kira-kira 180 kali per menit yang kemudian turun sampai

120-160 kali per menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Winkjosastro, 2009: 255)

(4) APGAR SKORE

Tabel 2.22
APGAR skore

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

Sumber : Rahayu: 2017

Skor apgar dinilai pada menit pertama, menit ke lima, dan menit kesepuluh setelah bayi lahir, untuk mengetahui perkembangan keadaan bayi tersebut.

Namun dalam situasi tertentu, skor apgar juga dinilai pada menit ke 10, 15, dan 20, hingga total skor 10. (Sujiyatini, 2011)

(a) Appreance (Warna Kulit)

Menilai kulit bayi. Nilai 2 warna kulit seluruh tubuh bayi kemerahan, nilai 1 jika bayi pucat

pada bagian ekstermitas, dan nilai 0 jika kulit bayi pucat pada seluruh badan (biru atau putih semua).

(b) Pulse (denyut nadi)

Untuk mengetahui denyut jantung bayi, dapat dilakukan dengan meraba bagian atas dada bayi di bagian apeks dengan dua jari atau dengan meletakkan stetoskop pada dada bayi.

Denyut jantung dihitung dalam 1 menit, caranya dihitung 15 detik, lalu hasilnya dikalikan 4, sehingga didapatkan hasil total dalam 60 detik. Jantung yang sehat akan berdenyut diatas 100 kali per menit dan diberi nilai 2. Nilai 1 diberikan pada bayi yang frekuensi denyut jantungnya di bawah 100 kali per menit. Sementara bila denyut jantung tak terdeteksi sama sekali maka nilainya 0.

(c) Grimace (respon reflek)

Ketika sedang suction dimasukkan ke dalam lubang hidung bayi untuk membersihkan jalan nafasnya, akan terlihat bagaimana reaksi bayi. Jika ia menarik, batuk, ataupun bersin saat di stimulasi, itu pertanda responnya terhadap

rangsangan bagus dan mendapat nilai 2. Tapi jika bayi hanya meringis ketika di stimulasi itu berarti hanya mendapat nilai 1. Dan jika bayi tidak ada respon terhadap stimulasi maka diberi nilai 0.

(d) Activity (tonus otot)

Hal ini di nilai dari gerakan bayi. Bila bayi menggerakkan kedua tangan dan kakinya secara aktif dan spontan begitu lahir, artinya tonus otot bagus dan diberi nilai 2. Tapi jika bayi dirangsang ekstermitasnya ditekuk, nilainya hanya 1. Bayi yang lahir dalam keadaan lunglai atau terkulai dinilai 0.

(e) Respiration (pernafasan)

Kemampuan bayi bernafas dinilai dengan mendengarkan tangis bayi. Jika ia langsung menangis dengan kuat begitu lahir, itu tandanya paru-paru bayi telah matang dan mampu beradaptasi dengan baik. Nilainya 2. Sedangkan bayi yang hanya merintih-rintih, nilainya 1. Nilai 0 diberikan pada bayi yang terlahir tanpa tangis (diam).

c) Pemeriksaan Antropometri

Menurut Dewi 2010 meliputi :

1) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2009: 368). Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja di beri tanda. Setelah bayi baru lahir di pindahkan pemeriksaan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan cm. panjang badan bayi baru lahir normal adalah 48-52 cm (Dewi, 2010: 25)

2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014:214)

3) Lingkar kepala

Untuk mengetahui pertumbuhan otak (normal 30-38 cm)

Ukuran kepala menurut (Winkjosastro, 2009:119) meliputi :

- (a) Diameter suboksipito bregmatikus : 9,5-10 cm
- (b) Diameter oksipito frontalis : 11-12 cm

- (c) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm
- (d) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- (e) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (f) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (g) Sirkumferensia suboksipito : 33-34 cm
- (h) Sirkumferensia submento bregmatikus : 32-33 cm
- (i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- (j) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cepal hemtoma, hydrocephalus.

(1) Rambut

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya rambut yang lebaat (Fraser *et al*, 2009: 709). Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser *et al*, 2009: 712). Bayi yang engalami seborea terdapat

ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe di kepala (Marmi, 2012:221)

(2) Muka

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robi. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialisis (Marmi, 2014: 79)

(3) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refles merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brusfield, dikaitkan dengan trisomy 21 (sindrom down). Sclera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012: 370).

(4) Hidung

Adakah nafas cuping, kotoran yang menyumbat jalan nafas, pada kasus asfiksia ringan aada pernafasan cuping hidung (Dewi, 2010)

(5) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapt secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009: 137)

(6) Telinga

Periksa hubungan letak mata dengan kepala (Indrayani, dkk, 2013). Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dan kantung luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik. Bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian kerah ssuara yang dikenalya (Walsh, 2012)

b) Leher

Periksa adanya pembesaran (Indrayani, dkk, 2013). Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran tyroid, tidak ada krepitus dan fraktur. Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya.

Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan adanya kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakialis (Marmi, 2014)

c) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada dan saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau intercostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012: 58)

Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Fraser *et al*, 2009:710)

d) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009:137)

Punggung bayi harus diinspeksi dan di palpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser *et al*, 2009:715).

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2012: 373)

Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik (Marmi, 2012:215)

e) Abdomen

Palpasi perut apakah ada kelainan dan keadaan tali pusat (Indraayani, dkk, 2013). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan. Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya, jika perut kembung kemungkinan adanya etrokolitis fesekalis, omfalokel, atau ductus omfalokentrikus pasisten (Marmi, 2014).

f) Genitalia

Pada laki-laki testis berada di skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012: N-34). Pada perempuan labia mayora menutupi labia minora (Saifuddin, 2012: N-34) pada bayi premature ada laki-laki testis belum turun dalam skrotum, penis berlubang pada ujung,

sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012:N-34).

g) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Meconium secara umum keluar pada 24 jam pertamaa, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya meconium plug syndrome, megakolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012: 59)

h) Ekstermitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstermitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simterisannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2012: 371-372).

3) Pemeriksaa reflex

Menurut Hidayat (2010) reflek pada bayi baru lahir, Antara lain sebaagai berikut :

- a) Reflek morro yaitu reflex yang timbul diluar kemauan atau kesadaran bayi, dapat dilakukan dengan cara memukul meja pemeriksaan di dekat kepala bayi.
- b) Reflek babynsky dapat dilakukan dengan cara menggores telapak kaki sepanjang tepi.
- c) Reflek tonick neck yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi nrmal dapt dilakukan dengan memutar kepaalaa baayi ke salah satu sisi dengan cepat.
- d) Reflek rooting yaitu mencari putting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut.
- e) Reflek sucking yaitu reflek menghisap aerola putting susu tertekan dagu bayi, lidah, dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI>
- f) Reflek swallowing yaitu reflek menelan dimana ASI di mulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan reflex menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.

g) Reflex grasping yaitu bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi, maka jari-jari akan langsung menggenggam sangat kuat.

h) Reflek Stapping yaitu kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada satu dasar maka bayi seolah-olah berjalan.

i) Reflek berkedip (reflek glabellar) yaitu pada saat dangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012: 70)

j) Refleks galans yaitu cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bingkong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai pada 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2010: 70).

4) Pemeriksaan Penunjang

Untuk menunjang diagnosis penyakit guna mendukung atau menyingkirkan diagnosis lainnya (Nurmalasari, 2010).

2. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari jenis kelamin laki-laki atau perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemia, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah, dan gumoh, oral thrush, diaper rash (Marmi, 2012: 68).

3. Perencanaan

a. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari jenis kelamin laki-laki atau perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemia, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah, dan gumoh, oral thrush, diaper rash (Marmi, 2012: 207-229).

Kriteria :

1) Keadaan umum baik

S : 36,5-37,5 derajat C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 kali per menit

2) Bayi menyusu kuat

3) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah :

1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

R/ tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Winkjosastro, 2009)

2) Ajaarkan tanda-tanda bayi pada orang tua

R/ tanda-tanda bahaya pada bayi yang diketahui sejaak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

3) Beri ASI setiap 2 jam sampai 3 jam.

R/ kapasitas lambung pada bayi terbaatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan (Varney *et al* , 2007).

4) Jagaa bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering

R/ suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi haruss dirawat di tempat tidur bayi yang hangat.

5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik

R/ suhu normal bayi adalah 36,5-37,5 C. suhu yang tinggi menandakan bayi infeksi.

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Winkjosastro, 2009)

b. Masalah

1) Masalah I : Hipoglikemia

Tujuan : hipoglikemia tidak terjadi

Kriteria : kadar glukosa dalam darah $>45\text{mg/dl}$ dan tidak ada taanda-tanda hipoglikemia yaitu kejang, letargi, pernafasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, taangis lemah dan hipotermia.

Intervensi :

- a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor resiko
R/ bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksiaa, stress karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemia.
- b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah lahir
R/ bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam, setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda-tanda ketidaknormalan dan setiap 24 jam hingga stabil.
- c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemia

R/ taanda-tanda hipogikemia yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- d) Berikan ASI lebih awal atau glikosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energy bayi.

2) Masalah II : hipotermia

Tujuan : hipotermia tidak terjadi

Kriteria : suhu bayi normal 36,5-37,5 C dan tidak ada tanda-tanda bayi hipotermia, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2009)

Intervensi :

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksilaa aataau kulit

R/ penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stress dingin

b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermia dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ bayi dapat kehilangan panas melalui evaaporasi

3) Masalah III : Ikterik Fisiologis

Tujuan : ikterik tidak terjadi

Kriteria : kadar bilirubin serum $<12,9$ mg/dl dan tidak ada tanda-tanda icterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sclera, dan urin.

Intervensi :

a) Mengkaji faktor-faktor resiko

R/ riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamide, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi

penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor presdiposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

b) 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 ensepalopati bilirubin (kern icterus).

c) Berikan ASI segera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam

R/ meconium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya meconium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya meconium (Varney, 2007)

d) Jemur bayi di bawah matahari paai jam 7-9 selama 10 menit

R/ menjemur bayi di bawah matahari pagi selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah IV : Seborhea

Tujuan : tidak terjadi seborrhea

Kriteria : tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala dan kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- b) Oleskan krim *hydrocortisone*

R/ krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salsilat yang berfungsi untuk meembasmi ketombe

- c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kepala dengan shampoo secara perlahan.

R/ pencucian rambut dan pijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur leat serpihan kulit yang lepas.

- d) Bawa periksa ke dokter bila keadaan memburuk

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

5) Masalah V : Miliariasis

Tujuan : miliariasis teratasi

Kriteria : tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi :

- a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

- b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, ap kering, atau waslap basah.

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- c) Hindari pemakaian bedak berulang berulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ pemakaian bedak berulang kali dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- d) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat

- e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel, dan sulit tidur.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

6) Masalah VI : muntah dan gumoh

Tujuan : bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : tidak muntah dan gumoh setelah minum serta bayi tidak rewel

Intervensi :

- a) Sendawakan bayi selesai menyusui

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui

- b) Hentikan menyusui bila bayi rewel atau menangis

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan

7) Masalah VII : *oral Thrust*

Tujuan : tidak terjadi Oral thrust

Kriteria : mulut bayi tampak bersih

Intervensi :

- a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air hangat

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *Candida albicans* penyebab oral thrust.

- b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ mematikan kuman dengan suhu tertentu.

- c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ mencegah timbulnya oral thrust.

8) Masalah VIII : Diaper Rash

Tujuan : tidak terjadi diaper rash

Kriteria : tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi : menurut Marmi (2012) :

- a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi.

- b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper saat membutuhkan sekali.

R/ mencegah terjadinya diaper rash

- c) Bersihkan genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran di kulit bayi.

R/ kotoran di pantat atau cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat

keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan

R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based *kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya* promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan. Dengan kriteria :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien.
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga privasi klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.

- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, saran, dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

6. Dokumentasi

Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : adalah data subjektif, mencatat hasil pemeriksaan.

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Akseptor KB

1. Pengkajian

A. Data Subjektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2010: 131)

b) Umur

Wanita dan laki-laki usia 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan dan usia 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2012: U-19)

c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode Kb yang dianjurkan yaitu

kontak, suntikan KB, susuk KB, AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012: 592)

d) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Glasier, 2009: 18)

e) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010: 132)

2) Keluhan Utama

Keluhan utama pada ibu paska salin (Saifuddin, 2010: U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan usia 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus haid, lamanya, jumlah darah yang dikeluarkan dan pernahkah dismenorhea. (Nursalam, 2009)

4) Riwayat Obstetri

Bila menyusui Antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implant dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai

metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012: Mk-68). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012: MK-4). Wanita dengan durasi mestruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Pada Klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata langsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun, kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Pasien yang tiga bulan terakhir sedang sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2010)

6) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun

(pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri akseptor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2014).

7) Riwayat Kesehatan dan penyakit klien

- a) 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).
- b) Kontrasepsi implant dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*)
- c) Penyakit stroke, penyakit jantung coroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin.

8) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Haryanto, 2010)

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesteron, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kecing karena relaksasi otot (Haryanto, 2015)

c) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

d) Personal Hygiene

Dikaji karena kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha, 2009)

e) Hubungan Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan vagina serta menurunkan libido.

f) Pola Kebiasaan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko dengan terjadinya miokardinfark, stroke, dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015). Ibu yang menggunakan obat Tuberculosis (*rimfapisin*) atau obat untuk *epilepsy* tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2012)

B. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah 180/110 mmHg (Saifuddin, 2012). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser *et al*, 2009)

a) Pemeriksaan Antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab

pertambahan berat badan tidak jelas. Tempaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2010).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2010).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Meliputi warna, mudah rontok atau tidak dan kebersihannya.

(1) Muka

Timbul birsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010).

(2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010).

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia dalam

pemeriksaan konjungtiva palpebral pucat
(Saifuddin, 2010)

b) Dada

Kontrasepsi suntikan tidak menambah resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesterone termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2010).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara. Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010).

c) Abdomen

Peringatan khusus bagi penggunaan implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010)

d) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenorrhea (Hartanto, 2015). 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, 2012: MK-75)

e) Ekstermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (saifuddin, 2010).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan oleh Siswanto (2009) sebagai berikut :

(1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

(2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

- (a) Memastikan gerakan serviks bebas
- (b) Menentukan besar dan posisi uterus
- (c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan

(d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

2. Diagnose Kebidanan

P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, amenorrhea, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik.

3. Perencanaan

a. Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan :

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai dengan keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan
R/ meyakinkan klien membangun rasa percaya diri
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya
(pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)
R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.
R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.
- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya
R/ klien akan mampu memilih kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan kontrasepsi.

b. Masalah I : amenorrhea

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

Kriteria : ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut Dyah dkk (2011) :

1) Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil perlu tindakan khusus.

R/ jika pasien hamil berarti adalah kegagalan KB

2) Bila amenorrhea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik.

R/ mendapatkan pelayanan lebih.

- 3) Bila hamil, hentikan pil dan kehamilan lanjutkan.

R/ minipil dapat menimbulkan kelainan jika dikonsumsi saat hamil.

- 4) Jangan memberikan obat-obatan hormonal untuk menimbulkan haid. Walaupun diberikan tidak akan ada gunanya.

R/ dengan memberikan obat hormonal dapat mempengaruhi proses menstruasi.

- 5) Bila klien tetap saja tidak menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

R/ memberikan kenyamanan pada klien.

c. Masalah II : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- 1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menegakkan diagnose dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

- 2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

d. Masalah III : kenaikan berat badan

Tujuan : berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut Dyah dkk (2011) Antara lain :

1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya

2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energy

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. Masalah IV : perdarahan bercak/spoting

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria : keluhan ibu terhadap masalah bercak atau spotting berkurang

Intervensi menurut Saifuddin, 2010: 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/spoting
- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

f. Masalah V : perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi terhadap KB

Kriteria : perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Dyah (2010) :

- 1) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada penggunaan AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama.

R/ proses pemasangan AKDR sedikit melukai pors, apabila klien memiliki riwayat anemia maka dalam proses pembukaan darah akan sedikit sulit.

- 2) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan.

R/ mengetahui penyebab perdarahan

- 3) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal antiinflamatori (NSAID, seperti ibuprofen) selama 5-7 hari

R/ pemberian NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan

- 4) Jika perdarahan masih terjadi dank lien merasa sangat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR

R/ memberikan kenyamanan pada penggunaan akseptor KB.

4. Implementasi

Bidan melakukan rancangan asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007:6)

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia.
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data ssubjektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data objektif, mencari hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah data 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.

