

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Kehamilan

A. Definisi Kehamilan

Kehamilan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa, ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester ke satu dalam 12 minggu, trimester ke dua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ke tiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawirohardjo, 2014). Kehamilan terjadi harus ada *spermatozoa*, *ovum*, pembuatan ovum (konsepsi dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi (Prawirohardjo, 2014)

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi *spermatozoa* dan *ovum*, konsepsi dan perumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai *aterm* (Manuaba, 2013). Periode *antepartum* dibagi menjadi tiga trimester yang masing-masing terdiri dari 13 minggu atau 3 bulan menurut hitungan kalender. Pembagian waktu ini diambil dari ketentuan yang mempertimbangkan bahwa lama kehamilan

diperkirakan kurang lebih 280 hari, 40 minggu, 10 bulan (berdasarkan perputaran bulan) atau 9 bulan sejak hari pertama haid terakhir (HPHT). (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007).

B. Fisiologis Kehamilan

1. Ovulasi

Ovulasi adalah proses pelepasan *ovum* yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20-35 tahun, hanya 420 buah *ovum* yang dapat mengikuti proses kematangan dan terjadi ovulasi (Manuaba, 2013)

Ovum berisi DNA haploid, setengah DNA diperlukan untuk kode seluruh organisme. Ketika bertemu dengan gamet jantan, ovum dibuahi, kemudian berubah menjadi zigot yang selanjutnya menjadi embrio, janin, dan akhirnya tumbuh organisme dewasa. Ovum, seperti yang dikenal dalam bentuk jamak, ovum juga disebut sebagai oosit (Sutanto dkk, 2017)

2. Spermatozoa

Dikeleuarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis. Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia. Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari. terdapat 100 juta sperma pada setiap militer air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc setiap ejakulasi. Mengeluarkan enzim, hialuronidase untuk melunakan korona radiata atau sel-sel granulosa (Hani dkk, 2011)

Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta *spermatozoa* setiap cc, dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai *tuba fallopi*. *Spermatozoa* yang masuk ke dalam

alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi (Manuaba, 2013)

3. *Konsepsi*

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan *ovum* (oosi sekunder) dan *spermatozoa* ke dalam *ovum*, fusi *spermatozoa* dan *ovum*, diakhiri dengan *spermatozoa* harus melewati korona radiata (lapisan sel diluar *ovum*) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah *ovum* mengalami fertilisasi lebih dari *spermatozoa*. *Spermatozoa* yang masuk ke vitelus akan kehilangan membran nukleusnya sehingga yang tinggal hanya pronukleusnya, sedangkan ekor *spermatozoa* dan mitokondrianya berdegenerasi. Masuknya *spermatozoa* kedalam vitelus membangkitkan nukleus *ovum* yang masih dalam metafase untuk proses pembelahan selanjutnya (pembelahan meiosis kedua). Sesudah anafase kemudian imbul telofase, benda kutub (polar body) kedua menuju ruang perivitelina. *Ovum* sekarang hanya mempunyai pronukleus yang haploid. Pronukleus *spermatozoa* juga mengandung jumlah kromosom yang haploid. Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembelahan *zigot* dan dalam 3 hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya dan disebut stadium morula. Hasil konsepsi kemudian disalurkan terus ke prs ismika dan pars interstisialis tuba (Saifuddin, 2011). Pertemuan inti *ovum* dengan inti *spermatozoa* disebut *konsepsi* atau *fertilisasi* dan membentuk *zigot* (Manuaba, 2013)

4. Pembelahan

Zigot akan membelah menjadi 2 tingkat sel (30 jam), 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel disebut *Blasomer* (3 hari) dan membentuk sebuah

gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel disebut *Morula* (4 hari). Berangsur-angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga atau blastokel sehingga disebut *Blastokista* ($4\frac{1}{2}$ – 5 hari). zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa memasuki dinding rahim (endometrium) dan siap berimplantasi ($5\frac{1}{2}$ - 6 hari) dalam bentuk *Blastokista* ttingkat lanjut. (Hani dkk, 2011)

5. Proses nidasi atau implantasi

Nidasi atau *implantasi zigot* tersebut pada dinding saluran reproduksi (pada keadaan normal : implantasi pada lapisan endometrium dinding kavum uteri) (Sukarni dkk, 2013). Setelah pertemuan kedua inti *ovum* dan *spermatozoa* , terbentuk *zigot* yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti hasil konsumsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam *ovum* dan disebut stadium *morula*. Pembelahan berjalan terus dan di dalam *morula* terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut *blastula*. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, *blastula* dengan *vili korealisnya* yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sel trofoblas yang meliputi ”primer *vili korealis*” melakukan *destruksi enzimatik-proteolitik*, sehingga dapat menanamkan diri dalam endometrium. Proses penanaman *blastula* yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai 7 setelah *konsepsi*. Pada saat tertanamnya *blastula* ke dalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda *Hartman* (Manuaba, 2013)

6. Pembentukan plasenta

Plasenta adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio dalam endometrium, plasenta dimulai. Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi (Saifuddin, 2011)

Nidasi atau implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Pada blastula, penyebaran sel trofoblas yang tumbuh tidak rata, sehingga blastula dengan *inner cell mass* akan teranam dalam endometrium. Sel trofoblas menghancurkan *endometrium* sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari *primer vili korealis*. Terjadinya nidasi (implanasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan *eksoelom* membentuk “ektoderm” dan *yolk sac* kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk “ekoderm” dan ruangan amnion. Plat embrio (*embryonal plate*) terbentuk diantara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantong *yolk sac*. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tal pusat. Awalnya *yolk sac* berfungsi sebagai pembentuk darah bersama dengan hai, limpa, dan sumsum tulang. Pada minggu kedua sampai ketiga, terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju *body stalk* (bakal tali pusat). Janung bayi mulai dapat dideteksi pada minggu ke-6 sampai 8 dengan menggunakan ultrasonografi atau sistem Doppler (Manuaba, 2013)

C. Klasifikasi (masa-masa) kehamilan

Menurut Sarwono (2014), kehamilan di klasifikasikan dalam tiga trimester, yaitu :

1. Trimester ke satu : dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu).
2. Trimester ke dua : dari bulan ke empat sampai 6 bulan (13-27 minggu).

3. Trimester ke tiga : dari bulan ke tujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

D. Tanda-tanda Kehamilan

1. Tanda-tanda dugaan hamil (Persumptif Signs)

- a) Amenorea

Haid dapat berhenti karena konsepsi, namun dapat pula terjadi pada wanita dengan stress atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sudah kuretase (Widatiningsih dkk, 2017)

- b) Nausea dan vomitus (mual dan muntah)

Pada umumnya, nausea terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama dan kadang-kadang disertai muntah. Dalam batas waktu tertentu, keadaan ini masih fisiologis, namun bila terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan hiperemesis gravidarum (Jannah, 2012)

- c) Ngidam

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya usia kehamilan (Sulistyawati, 2010)

d) Queckening

Ibu merasa adanya gerakan janin untuk yang pertama kali. Sensasi ini juga dikarenakan peningkatan peristaltik usus, kontraksi otot perut atau gerakan isi perut yang dirasakan seperti gerak janin (Widatiningsih dkk, 2017)

e) Sinkope (pingsan

f) Fatigue (kelelahan)

g) Mastodynia

Bersama somatomotropin, hormon ini menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum (Manuaba, 2013)

h) Gangguan saluran kencing

Keadaan ini terjadi karena kandung kemih pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua, umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala ini bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing (Nugroho dkk, 2014)

i) Perubahan berat badan

Berat badan meningkat pada awal kehamilan karena perubahan pola makan dan adanya timbunan cairan berlebih selama kehamilan (Widatiningsih dkk, 2017)

j) Konstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan BAB (Hani dkk, 2010)

2. Tanda kemungkinan (Probability) kehamilan

a) Perut membesar

Terjadi pembesaran abdomen secara progresif kehamilan 7 sampai 28 minggu. Pada minggu 16-22, pertumbuhan terjadi secara cepat dimana uterus keluar panggul dan mengisi rongga abdomen (Walyani, 2015)

b) Peningkatan suhu basal tubuh

Kenaikan suhu basal lebih dari 3 minggu, kemungkinan adanya kehamilan. Kenaikan ini berkisar antara $37,2-37,8^{\circ}\text{C}$ (Widatiningsih dkk, 2017)

c) Perubahan pada kulit

Cloasma Gravidarum kehamilan berupa warna kehitaman sekitar mata, hidung dan pelipis yang umumnya terjadi pada kehamilan mulai 16 minggu. Perubahan kulit lainnya bisa berupa hiperpigmentasi disekitar areola dan puting mammae, munculnya linea nigra yaitu pigmentasi pada linea medialis perut yang tampak jelas mulai dari pubis hingga umbilikus (Widatiningsih dkk, 2017)

d) Perubahan payudara

Pembesaran dan hipervascularisasi mammae terjadi sekitar kehamilan 6-8 minggu. Pelebaran areola menonjolnya kelenjar montgomery, karena rangsangan hormon steroid. Pengeluaran kolostrum biasanya kehamilan 16 minggu karena pengaruh prolaktin dan progesteron (Widatiningsih dkk, 2017)

e) Pembesaran perut

Biasanya tampak setelah 16 minggu karena pembesaran uterus. Ini bukan tanda diagnostik pasti tapi harus dihubungkan dengan tanda kehamilan lain (Widatiningsih dkk, 2017)

f) Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan (Marjati dkk,2010). Hipertrofi papilla gingivae/gusi, sering terjadi pada riwayat pertama (Hani dkk, 2011)

g) Ballotement

Pada kehamilan 16-20 minggu. Pemeriksaan palpasi : kesan seperti ada massa yang keras, mengapung dan memantul di uterus. Dapat terjadi pada tumor uterus, mioma, ascites, kista ovarium (Widatiningsih dkk, 2017)

h) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus yang dirasakan seperti tertekan dan kencang, disebut kontraksi *Braxton Hicks*. Uterus mudah terangsang oleh peninggian hormone oksitosin. Gejala ini biasanya mulai usia kehamilan 28 minggu pada primi dan semakin lanjut kehamilan semakin sering dan kuat (Widatiningsih dkk, 2017)

i) Tanda *Chadwick* dan *Goodell*

Terjadi perubahan warna pada vagina atau porsio menjadi kebiruan atau ungu yang disebut tanda *Chadwick*. Perubahan konsistensi servik menjadi lunak disebut tanda *Goodell* (Widatiningsih dkk, 2017)

j) Pengeluaran cairan dari vagina menjadi lebih banyak

Pengeluaran cairan dari vagina yang dapat jernih atau agak keruh karena pengaruh peninggian estrogen dan progesteron. Tidak gatal atau tidak bau, tidak perlu pengobatan (Widatiningsih dkk, 2017)

k) Perubahan konsistensi dan bentuk uterus

Tanda *ladin* : pelunakan pada serviks yaitu perbatasan uterus dan serviks di linea mediana depan, terjadi pada minggu ke 4. Pelunakan meluas mengelilingi serviks disebut tanda *Hegar*. Pada minggu ke 7-8 kesan serviks dan uterus terpisah karena sangat lunak disebut tanda *Mc.Donald*. Pada awal kehamilan minggu ke 4-5 terjadi perlunakan fundus uteri pada lokasi implantasi disebut tanda *Von Fernwald*. Terjadi pembesaran satu sisi, uterus menjadi tidak simetris pada daerah implantasi disebut tanda *Piskacek* (Widatiningsih dkk, 2017)

l) Pemeriksaan laboratorium

Test kadar HCG (Human Chorionic Gonadotropin) dalam urine 0,5 SI per ml air kencing merupakan kadar terendah untuk memberi hasil positif (Widatiningsih dkk, 2017)

3. Tanda pasti kehamilan

a) Teraba bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan

jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG (Hani dkk, 2011)

b) Gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada 16 minggu (Kuswanti, 2014)

c) Terdengar denjut jantung janin (DJJ)

Dengan menggunakan ultrasonography denyut jantung janin dapat terdengar pada usia 6-7 minggu, jika menggunakan dopler pada usia 12 minggu, sedangkan jika menggunakan stetoskop Leannec pada usia 18 minggu. Frekuensi denyut jantung janin antara 120-160x/menit yang akan jelas terdengar bila ibu tidur terlentang atau miring dengan punggung bayi di depan (Widatiningsih dkk, 2017)

d) Pemeriksaan Rontgent

Gambaran tulang mulai terlihat pada kehamilan 6 minggu dengan sinar X namun masih belum dapat dipastikan bahwa itu adalah gambaran janin. Pada kehamilan 12-14 minggu baru dapat dipasikan gambaran tulang janin (Widatiningsih dkk, 2017)

e) Ultrasonography (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan untuk menegakkan diagnosis pasti kehamilan. Gambaran yang terlihat yaitu rangka janin dan kantong kehamilan (Kuswanti, 2014)

f) Electrocardiography

ECG jantung janin mulai terlihat pada kehamilan 12 minggu (Widatiningsih dkk, 2017)



E. Pertumbuhan dan perkembangan janin

1. Masa pre embryonic

Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi (Marjati dkk, 2010)

2. Masa embryonic

a) Minggu ke 4-6

Panjang janin kira-kira 7,5-10 mm (Manuaba, 2013). Dasar untuk sistem saraf, sistem genitourinari, kulit tulang, dan paru terbentuk. Tulang belakang terlihat jelas tetapi sangat melengkung sehingga kepala hampir menyentuh ujung ekor. Kepala sangat menonjol, yang menggambarkan hampir sepertiga bagian embrio. Proporsi kepala lebih besar dibandingkan tubuh selama kehidupan intrauterine (Reeder dkk, 2011)

b) Minggu ke 8-10

Panjang tubuh kira-kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, traktus renalis mulai berfungsi, terdapat reflex menghisap dan menelan, genitalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya (Marjati dkk, 2010)

Diakhir minggu ke delapan, seluruh bagian ekstermitas jelas terlihat, jari tangan dan kaki mulai memanjang dan memisah. Pergerakan ekstermitas yang bertujuan dimulai dan bagian tengah tulang mulai mengeras. Genitalia eksternal terlihat dengan jelas, tetapi sulit untuk dibedakan dengan akurat antara embrio laki-laki maupun perempuan (Jannah, 2012)

c) Minggu ke-12

Pada akhir minggu ke-12, pusat osifikasi primer tampak di skelet, terutama di tulang tengkorak dan tulang panjang. Ekstermitas atas hampir

mencapai panjang relative akhirnya, tetapi ekstermitas bawah tidak berkembang sebaik itu dan sedikit lebih pendek dibanding panjang relative akhirnya. Kuku jari tangan dan kuku jari kaki tampak seperti membrane yang halus. Sirkulasi janin sudah lengkap, dan plasenta terbentuk secara penuh (Marmi, 2011)

d) Minggu ke 12-16

Panjang kira-kira 16 cm pada akhir minggu ke-16 dengan berat 100 gram, kulit sangat tembus pandang/transparan sehingga darah dapat terlihat, deposit (timbunan) lemak subkutan terjadi menjelang minggu ke-16, rambut mulai tumbuh pada kepala dan lanugo (bulu halus), tungkai lebih panjang daripada lengan (Romauli, 2011)

e) Minggu ke 16-20

Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, alis, dan kuku tumbuh sempurna (Marjati dkk, 2010). Biasanya, ibu menyadari adanya sedikit gerakan berdenyut dalam perutnya akibat pergerakan janin. Tampilan pertamanya disebut quickening, atau presepsi kehidupan. Bunyi jantung janin dapat dengan mudah dideteksi oleh auskultasi saat berusia 20 minggu (Raeder, 2011)

f) Minggu ke 20-24

Panjang janin dari kepala sampai bokong membentang dari 200-240 mm, dan beratnya berkisar dari 495 sampai 910 g. Kulit tampak keriput, bening dan berwarna merah muda sampai merah karena darah terlihat dalam kapiler bawah kulit (Raeder dkk, 2011)

Pergerakan mata yang cepat dimulai pada usia 21 minggu. Respons berkedip karena terkejut dilaporkan terjadi pada usia 22 minggu sampai 23 minggu (Raeder dkk, 2011)

g) Minggu ke 24-28

Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skortum (Marjati dkk, 2010)

h) Minggu ke 28-32

Panjang jann antara 280 sampai 320 mm dari kepala sampai bokong dan berat sekitar 1.700 sampai 2.500 gram. Kulitnya masih merah dan keriput, dan terdapat verniks kaseosa dan lanugo (Sulistyawati, 2010). Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun (Romauli, 2011)

i) Minggu ke 32-36

Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki-laki terdapat didalam skortum pada minggu ke-36 ovarium perempuan masih berada disekitar pelvis, kuku jari tangan dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen (Marjati dkk, 2010)

j) Minggu ke 36-40

Saat menjelang usia cukup bulan (37-38 minggu), sistem saraf matang secara penuh untuk melakukan beberapa fungsi integrative, dan jumlah lemak putih adalah sekitar 16% dari berat badan. Lemak janin bertambah

sekitar 14 gram selama beberapa minggu terakhir gestasi ini (Raeder dkk, 2011)

F. Perubahan-perubahan Fisiologi Kehamilan

1. Uterus

Uterus yang tidak hamil memiliki panjang 7,5 cm, lebar 5 cm, dan tebal 2,5 cm, serta berat sekitar 60 gram. Ketika sudah aterm, ukurannya rata-rata menjadi 30 cm x 23 cm x 20 cm dan berat meningkat mencapai 900 gram. Selama awal-awal minggu kehamilan, peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan edema dan kongesti panggul akibatnya uterus, serviks, dan isthmus melunak secara progresif dan serviks menjadi agak kebiruan (tanda Chadwick, tanda kemungkinan kehamilan).

2. Payudara

Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa bera di payudara mulai timbul sejak minggu ke enam gestasi. Puting susu dan areola menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah muda sekunder pada areola, dan puting susu menjadi lebih erektile. Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Walaupun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap pada masa pertengahan kehamilan, tetapi laktasi terhambat sampai kadar estrogen menurun, yaitu setelah janin dan plasenta lahir. Kolostrum, cairan sebelum susu, berwarna putih kekuningan dapat dikeluarkan dari puting susu selama trimester tiga (Kamariyah dkk, 2014)

3. Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau disebut curah jantung meningkat 30-50%. Peningkatan ini mulai

terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung yang meningkat, maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70x/menit menjadi 80-90x/menit). Setelah kehamilan mencapai 30 minggu, curah jantung agak menurun karena pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung. Peningkatan curah jantung selama kehamilan kemungkinan terjadi karena adanya perubahan dalam aliran darah ke rahim. Janin yang terus tumbuh, menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu. Pada akhir usia kehamilan, rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu. Selama trimester kedua biasanya tekanan darah menurun tetapi kembali normal pada trimester ketiga. Selama kehamilan, volume darah meningkat sampai 50%, tetapi jumlah sel darah merah yang mengangkut oksigen hanya meningkat sebesar 20-30%. Sel darah putih meningkat dengan mencapai jumlah 10.000 per ml. Dengan hemodilusi anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal. Gambaran protein dalam serum berubah, jumlah protein, albumin, dan gammaglobulin menurun pada triwulan pertama sedangkan fibrinogen meningkat (Sulistyawati, 2010)

4. Sistem pernafsan

Peningkatan laju metabolisme basal terjadi akibat peningkatan kebutuhan oksigen di unit janin-plasenta-uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu. Vasodilatasi perifer dan percepatan aktivitas kelenjar keringat membantu melepaskan kelebihan panas yang timbul akibat peningkatan metabolisme selama hamil. Pada kehamilan

tahap awal banyak wanita mengeluh merasa lemah dan letih sebagian dapat disebabkan oleh peningkatan aktivitas metabolik (Kamariyah dkk, 2014)

5. Sistem perkemihan

Sering berkemih merupakan akibat peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya kompresi pada kandung kemih. Pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine (Kamariyah dkk, 2014)

6. Sistem integument

Hiperpigmentasi sering terjadi pada daerah leher, areola mammae (*areola mammae sekunder*), papilla mammae, pipi (*cloasma gravidarum*) yaitu binik-bintik kecoklatan yang tampak di daerah onjolan maksila dan dahi. *Linea alba* pada kehamilan menjadi hitam (yang terbentang diatas simfisis sampai pusat) disebut *linea grisea*, terdapat garis baru yang terbentang di tengah-tengah atas pusar ke atas disebut *linea nigra*. Selain itu, kuli perut mengalami peregangan sehingga tampak retak-retak, warna agak hiperemia dan kebiruan disebut *striae lividae*, selama pertengahan kedua kehamilan setelah partus berubah menjadi putih disebut *striae albicans* (biasanya terdapat pada payudara, perut, dan paha) (Kamariyah, 2014)

7. Sistem muskuloseletal

Selama kehamilan, relaksin dan progesteron bekerja pada kartilago dan jaringan ikat pada banyak sendi yang memungkinkannya bergerak lebih leluasa. Hormone ini bermanfaat pada panggul karena efeknya dapatt sedikit melebarkan diameter jalan lahir, tetapi keduanya juga dapat menimbulkan keidaknyamanan (nyeri) pada ibu hamil, terutama pada akhir kehamilan, saat kadar hormone tersebut melonjak tajam (Kamariyah dkk, 2014)

8. Sistem neurologi

Perubahan fisiologi spesifik akibat kehamilan dapat menyebabkan timbulnya gejala neurologis dan neuromuskular berikut :

- a) Kompresi saraf panggul atau statis vascular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensoris di tungkai bawah.
- b) Lordosis dorsumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau akar saraf.
- c) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrome selama trimester akhir kehamilan. Sindrome ini ditandai oleh parestesia dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku. Tangan yang dominan biasanya yang paling banyak terkena.
- d) Akroestesia (rasa baal dan gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk disebabkan oleh beberapa wanita selama hamil. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen pleksus brakhialis (Kamariyah dkk, 2014)

9. Sistem pencernaan

Beberapa perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan selama kehamilan menurut kamariyah dkk, (2014) antara lain : peningkatan kadar estrogen, peningkatan kadar progesterone, morning sickness.

10. Sistem endokrin

Selama kehamilan, sekresi FSH dan LH dari kelenjar hipofisis minimal. Kadar proklatin meninggi sejak awal kehamilan untuk mempersiapkan lakasi. Kadar kortisol dari kelenjar adrenal meningkat sejak trimester kedua kehamilan. Kortisol berperan dalam proses meabolik dan

diperlukan dalam jumlah yang sangat besar untuk membagi penambahan beban kerja tubuh selama kehamilan (Kamariyah dkk, 2014)

G. Perubahan Psikologis Kehamilan

1. Trimester pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita terhadap keadaan bahwa ia mengandung. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan.

2. Trimester kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif (Maryati dkk, 2010)

3. Trimester ketiga

Sejumlah ketakutan muncul pada trimester ini. Wanita mungkin merasa cemas dengan kelahiran bayinya nanti. Ia juga mengalami proses duka lain akan hilangnya perhatian istimewa yang didapatkan selama ia hamil, depresi ringan merupakan hal yang wajar terjadi pada periode ini, ia akan kembali mengalami ketidaknyamanan fisik yang kuat menjelang akhir kehamilannya (Varney, 2009)

H. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

1. Oksigen

Paru-paru bekerja lebih berat untuk keperluan ibu dan janin. Pada hamil tua sebelum kepala masuk panggul, paru-paru terdesak ke atas sehingga menyebabkan sesak nafas. (Marni, 2011)



2. Nutrisi/gizi

a) Kebutuhan energi

Kebutuhan kalori kira-kira sekitar 15% dari kalori normal. Tambahan energi yang diperlukan selama hamil yaitu 27.000-80.000 Kkal atau 100 Kkal/hari. Sedangkan energi yang dibutuhkan oleh janin sendiri untuk tumbuh dan kembang adalah 50-59 Kkal/kg/hari atau sekitar 175-350 Kkal/hari pada janin dengan BB 3,5 kg

b) Karbohidrat

Janin memerlukan 40 gram glukosal/hari yang digunakan sebagai sumber energi. (Kristiyanasari, 2010)

c) Protein dan asam amino

Pada saat memasuki trimester akhir pertumbuhan janin sangat cepat sehingga perlu protein dalam jumlah yang besar juga yaitu 10 gram/hari atau diperkirakan 2 g/kg/hari (Sukarni dkk, 2013)

d) Lemak

Kebutuhan lemak seorang ibu hamil sebesar 25% dari seluruh kalori yang dikonsumsi sehari. Lemak omega 3 dapat diperoleh dari kacang-kacangan dan olahannya, serta ikan laut. (Hutahaean, 2013)

e) 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 (Kuswanti, 2014)

f) Mineral

Kebutuhan kalsium ibu hamil sebesar 1.200 mg/hari (Kamariyah, 2014). Pemberian suplemen tablet tambah darah atau zat besi secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesa sel darah dan sintesa darah otot, minimal 90 tablet selama hamil (Yanti, 2012). Selama kehamilan dan menyusui, kebutuhan seng meningkat 50%. Seng juga diperlukan untuk mengembangkan jaringan tisu, terutama otak dan jenis kelamin (Sukarni dkk, 2013)

3. Personal

a) Mandi

Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan atau hygiene terutama perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat berambah. Mandi berendam tidak dianjurkan (Walyani, 2015)

b) Perawatan gigi

Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gusi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama hamil dapat menimbulkan karies gigi (Kuswanti, 2014)

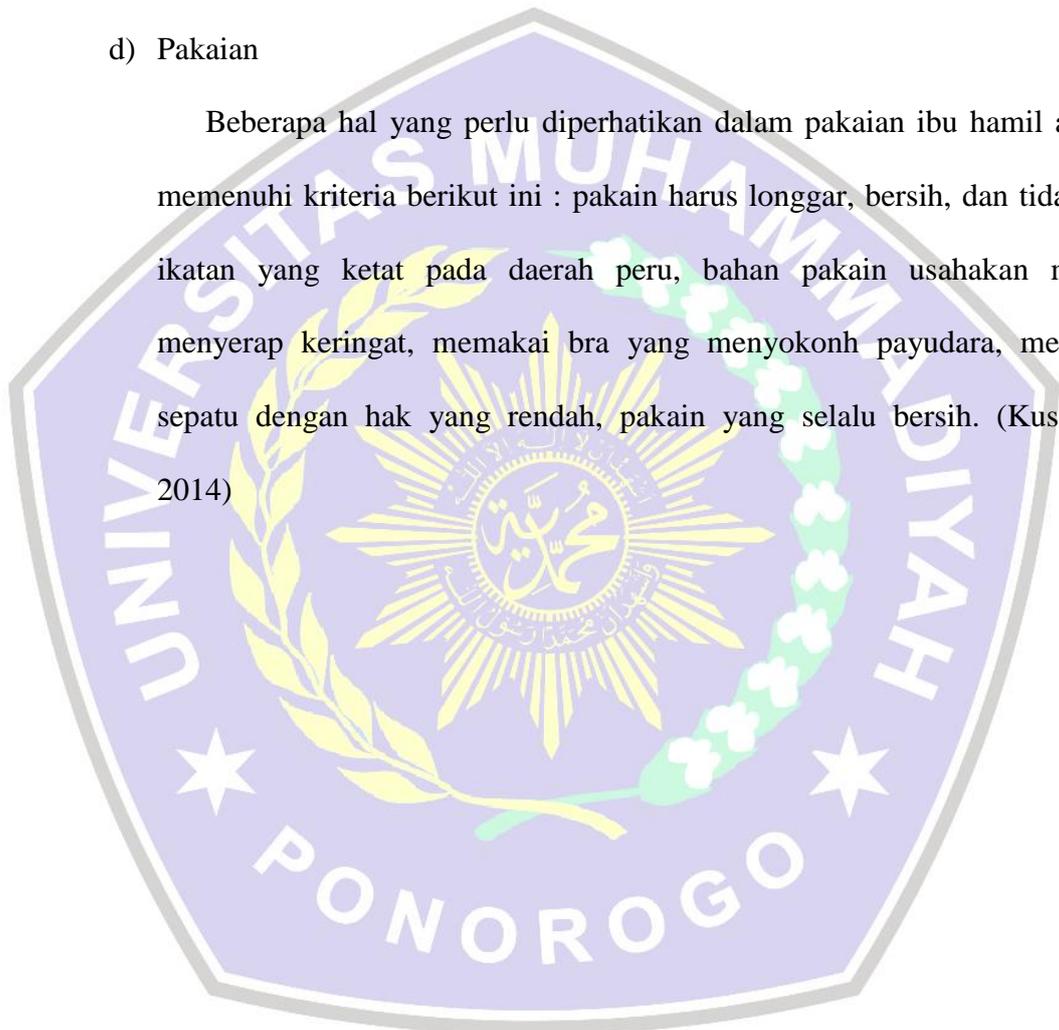
c) Genetalia

Ibu hamil mengalami peningkatan pengeluaran pervaginaan (*leukorrhea*) oleh karena itu genetalia harus sering dibersihkan dengan air terutama setelah defekasi/miksi. Arah pembersihan dari depan dahulu

menuju ke anus, lalu dikeringkan memakai tisu/handuk dari depan ke belakang. Hindari vaginal touching (memasukkan/membilas bagian dalam vagina) untuk mencegah infeksi. Sabun/pembersih hanya digunakan untuk bagian luar saja. Jangan memakai celana ketat. Jika memakai *pantyliners* harus diganti untuk mencegah pertumbuhan bakteri (Widatiningsih dkk, 2017)

d) Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini : pakain harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah peru, bahan pakain usahakan mudah menyerap keringat, memakai bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dengan hak yang rendah, pakain yang selalu bersih. (Kuswanti, 2014)



4. Eliminasi

a) Buang Air Kecil (BAK)

Ibu hamil sering pula mengalami *stress incontinence* (beser kencing yang berhubungan dengan tekanan intra abdomen), biasanya terjadi pengeluaran air kencing yang tidak dapat ditahan saat bersin/batuk/tertawa). Untuk membantu mengatasinya perlu diajarkan latihan penguatan otot dasar panggul dengan *Kegel's exercises* (Widatiningsih dkk, 2017)

b) Buang Air Besar (BAB)

Kemungkinan terjadi obstipasi pada wanita hamil disebabkan oleh : kurang gerak badan, sering terjadi muntah dan kurang makan pada hamil muda, peristaltik usus kurang karena pengaruh hormonal, tekanan pada usus oleh pembesaran uterus, kurang intake serat dan air, serta konsumsi zat besi (Widatiningsih dkk, 2017)

5. Seksual

Hubungan seksual tidak dilarang selama kehamilan, kecuali pada keadaan-keadaan tertentu seperti : terdapat tanda-tanda infeksi (nyeri, panas), sering terjadi aborus/premature, terjadi perdarahan pervaginaan pada saat koitus, pngeluaran cairan (air ketuban) yang mendadak, sebaiknya koitus dihindari pada kehamilan muda sebelum kehamilan 16 minggu dan pada hamil tua, karena akan merangsang kontraksi (Sutanto, 2017)

6. Mobilisasi

Beberapa hal yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut : memakai sepatu dengan hak yang rendah atau tanpa hak dan jangan terlalu sempit, posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam keadaan tegak dan pastikan

beban terfokus pada lengan, tidur dengan posisi kaki ditinggikan, duduk dengan posisi punggung tegak, hindari duduk atau berdiri terlalu lama (ganti posisi secara bergantian untuk mengurangi ketegangan otot) (Kuswanti, 2014)

7. Exercise/senam hamil

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot, sehingga dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Adapun syarat mengikuti senam hamil : ibu hamil cukup sehat, kehamilan tidak ada komplikasi (seperti abortus berulang, kehamilan dengan perdarahan), tidak boleh latihan dengan menahan napas, lakukan latihan secara teratur dengan instruksi senam hamil, senam hamil dimulai pada umur kehamilan sekitar 24-28 minggu (Sutanto, 2017)

8. Istirahat/tidur

Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut sebelah kiri (Kuswanti, 2014)

9. Traveling

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan rekreasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi keluar kota. (Kuswanti, 2014)

10. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Walaupun tidak hamil maka bila wanita subur sebelum mencapai status T5 diharapkan mendapat dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan (Kuswanti, 2014)

Vaksin Tetanus Toxoid (TT) dilakukan dua kali selama hamil. Interval minimal pemberian TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel berikut :

Jika seseorang wanita belum pernah mendapatkan imunisasi TT maka selama kehamilan minimal memperoleh 2x TT yang dilaksanakan pertama kali saat kunjungan awal kemudian TT 2 dilaksanakan 4 minggu kemudian. Jika masih ada waktu bisa diberikan 1x lagi yaitu TT booster paling lambat 2 minggu sebelum persalinan. Jika imunisasi, berikan TT boser paling lambat 2 minggu sebelum persalinan. (Widatiningsih dkk, 2017)

I. Ketidaknyamanan pada Trimester III

1. Sakit bagian tubuh belakang

Sakit pada bagian tubuh belakang (punggung-pinggang), karena meningkatnya beban berat bayi dalam kandungan anda memengaruhi postur tubuh sehingga menyebabkan tekanan ke arah tulang belakang (Suririnah, 2011)

2. Konstipasi

Pada trimester ini sering terjadi konstipasi karena tekanan rahim yang membesar ke arah usus selain perubahan hormon progesteron (Suririnah, 2011)

3. Hemmoroid

Hemorroid sering didahului oleh konstipasi, progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan tekanan pada vena hemoroid (Romauli, 2011)

4. Pernapasan

Karena adanya perubahan hormonal yang memengaruhi aliran darah ke paru-paru, pada kehamilan 33-36 minggu, banyak ibu hamil akan merasa susah bernapas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar dan berada di bawah diafragma (yang membatasi perut dan dada) (Suririnah, 2011)

5. Sering buang air kecil

Pembesaran rahim ketika kepala bayi turun ke rongga panggul akan makin menekan kandung kencing ibu hamil (Suririnah, 2011)

6. Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan oleh penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan vena inferior saat berbaring (Manuaba, 2013)

7. Kontraksi perut

Braxton-Hicks atau kontraksi palsu ini berupa rasa sakit di bagian perut yang ringan, tidak teratur, dan akan hilang bila ibu hamil duduk atau istirahat (Suirinah, 2011)

8. Kram pada kaki

Kram kaki ini timbul karena sirkulasi darah yang menurun, atau karena kekurangan kalsium pada ibu hamil (Nuraini, 2017)

J. Tanda Bahaya Kehamilan

1. Sakit kepala yang hebat

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 itu menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau terbayang, sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsi (Maryatun, 2010)

2. Nyeri abdomen yang hebat

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

3. Perdarahan pervaginaan

Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, *miscarriage*, *early pregnancy loss*. Perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan yang lebih tua terutama setelah melewati trimester II disebut perdarahan antepartum (Prawirohardjo, 2014). Pada awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, perdarahan banyak atau perdarahan dengan nyeri (berarti abortus, KET, *molahidatidosa*). Dan apabila pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak atau sedikit, nyeri (berarti plasenta previa dan solusio plasenta) (Rukiyah, 2012)

4. Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin mulai berkurang bisa disebabkan oleh aktivitas ibu yang berlebihan, kematian janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan aterm. Gerakan janin kurang dari 3kali dalam periode 3 jam, merupakan salah satu tanda dan gejala kondisi berkurangnya gerakan janin yang perlu mendapatkan perhatian oleh bidan maupun ibu hamil itu sendiri. (Marni, 2011)

5. Pandangan kabur

Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa adalah visual mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Jenis

keluhan yang paling umum adalah pandangan yang kabur disertai dengan sakit kepala. Perubahan patologi pada organ mata sampai dijumpai adanya edema reina dan spasme pembuluh darah. Bila terdapat hal-hal tersebut, maka harus dicurigai pre eklamsi berat (Agustini, 2012)

6. Bengkak pada muka dan tangan

Oedema adalah penimbunan cairan yang berlebih dari kenaikan berat badan serta pembengkakan kaki, jari tangan dan muka. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah yang serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain, hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau pre eklamsia. (Maryatun, 2012)



K. Komplikasi Pada Ibu dan Janin Selama Kehamilan

1. Kehamilan muda

a) Perdarahan per vaginam

1) Abortus

(a) Abortus imminens : disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi jika ditemukan perdarahan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil yang positif. Dalam kasus ini keluarnya janin masih dapat dicegah dengan memberikan terapi hormonal dan antispasmodic serta istirahat. Jika setelah beberapa minggu ternyata perdarahan masih ditemukan dan dalam dua kali tes kehamilan menunjukkan hasil yang negative, maka harus dilakukan kuratase karena hal tersebut menandakan abortus sudah terjadi (Sulistyawati, 2012)

(b) Abortus inapiens (keguguran sedang berlangsung) terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban (Sulistyawati, 2012)

(c) Abortus habitualis (keguguran berulang) terjadi jika telah mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari tiga kali (Sulistyawati, 2012)

(d) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) jika terjadi perdarahan per vagina disertai pengeluaran janin anpa pengeluaran desidua atau plasenta. Gejala yang disertai adalah amenore, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar bisa banyak atau sedikit (Sulistyawati, 2012)

(e) Abortus kompletus (keguguran lengkap) jika ditemukan pasien dengan perdarahan per vagina disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim dalam keadaan kosong (Sulistyawati, 2012)

2) Kehamilan mola

Disebut kehamilan anggur, yaitu adanya jongsot korion (*chronic villi*) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan. Ini merupakan bentuk neoplasma trofoblas yang jinak (*benigna*). Tanda dan gejalanya adalah sebagai berikut :

- a) Terdapat gejala-gejala kehamilan muda yang lebih nyata dari kehamilan normal, mual muntah yang berlebihan.
- b) Kadang kala ada tanda toksemia gravidarum (pusing, gangguan penglihatan, dan tekanan darah tinggi)
- c) Terdapat perdarahan sedikit atau banyak, warna tengguli tua atau kecoklatan, tidak teratur.
- d) Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- e) Keluar jaringan mola (seperti anggur) yang merupakan diagnosis pasti, namun jaringan mola ini tidak selalu ditemukan.
- f) Muka dan badan kelihatan lebih pucat atau kekuning-kuningan, yang disebut muka mola (*mola face*).
- g) Tidak teraba bagian-bagian *ballotement* janin dan gerakan janin
- h) Tidak terdengar DJJ, terdengar bising bunyi khas.
- i) Pada tes kehamilan ditemukan kadar HCG yang tinggi.

- j) Pada foto rontgen abdomen tidak terlihat adanya kerangka janin (pada usia kehamilan lebih dari tiga bulan)
- k) Pada pemeriksaan USG ditemukan adanya gambaran badai salju (gambaran khas pada kehamilan mola) dan tidak terlihat adanya janin (Sulistiyawai, 2012)

3) Kehamilan ektopik

Dinamakan kehamilan ektopik jika kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berada didalam endometrium uterus. Keadaan ini akan meningkat menjadi kehamilan ektopik terganggu (KET) pada usia kehamilan lebih dari 10 minggu. Gejala-gejala klinis biasanya ditemui adalah sebagai berikut :

- a) Gejala amenore serta keluhan hamil muda
- b) Pada KET jika terjadi abortus tuba, maka kemungkinan keluhan tidak begitu berat, hanya ada rasa sakit di perut dan pengeluaran darah per vagina
- c) Perasaan nyeri dan sakit tiba-tiba diperut seperti di iris-iris dengan pisau disertai dengan muntah dan biasanya sampai jatuh pingsan
- d) Pada pemeriksaan tanda vital di dapat denyut nadi yang lemah, serta tekanan darah yang rendah sampai tidak teratur
- e) Nyeri bahu karena adanya rangsangan diafragma
- f) Terdapat tanda Cullen, yaitu adanya warna biru lebam pada linea alba atau sekitar pusat
- g) Adanya nyeri goyang porsio
- h) *Douglas crise*, yaitu rasa nyeri tekan hebat pada kavum Douglas di tekan

- i) Teraba masa retrouterin (massa pelvis)
- j) Per vaginaan keluar *desidual cast*
- k) Pada pemeriksaan palpasi dan perkusi terdapat tanda-tanda perdarahan intra-abdominal
- l) Pada pemeriksaan Hb serial di dapati penurunan kadar Hb, selain itu juga terjadi leukositosis
- m) Cara lain yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis KET adalah dengan pemeriksaan diagnostik laparaskopi dan USG (Sulistyawati, 2012)

b) Hiperemesis gravidarum

Hiperemesis gravidarum ialah mual muntah berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari bahkan dapat membahayakan kehidupan. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan hiperemesis sebagai berikut :

- 1) Kemungkinan vili korialis masuk ke dalam darah
- 2) Adanya faktor alergi
- 3) Adanya faktor predisposisi, seperti primigravida dan overdistensi rahim
- 4) Adanya faktor psikologis, seperti ketidakharmonisan dalam rumah tangga, kehamilan yang tidak diinginkan, atau ketidak siapan untuk memiliki anak (takut hamil)

Hiperemesis gravidarum memiliki gejala-gejala yang berbeda sesuai dengan tingkatannya, yaitu sebagai berikut :

(a) Tingkat I

- (1) Mual muntah terus menerus sehingga mempengaruhi keadaan umum, terjadi dehidrasi

(2) Tekanan darah menurun, denyut nadi meningkat, dan dapat disertai dengan naiknya suhu tubuh

(3) Nyeri epigastrium

(b) Tingkat II

(1) Dehidrasi bertambah yang ditandai dengan : turgor kulit makin berkurang, lidah kering dan kotor, berat badan menurun, mata cekung

(2) Gangguan sirkulasi darah ditandai dengan : nadi cepat dan tekanan darah menurun, hemokonsentrasi, oliguria, obstipasi

(3) Gangguan metabolisme yang ditandai dengan : terjadi metabolisme anaerob dalam pemecahan lemak yang menyebabkan adanya badan keton, dijumpai dalam urine dan napas (bau keton), gangguan fungsi liver, terjadi ikterus

(c) Tingkat III

(1) Dehidrasi makin berat

(2) Mual muntah berhenti

(3) Terjadi perdarahan dari esophagus dan retina

(4) Gangguan fungsi liver (ikterus) yang terus meningkat

(5) Penurunan kesadaran, somnolen sampai koma

(Sulistyawati, 2012)

2. Kehamilan lanjut

a) Perdarahan per vagina

1) Plasenta previa

Keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.

Tiga klasifikasi plasenta previa, yaitu :

(a) Plasenta previa totalis (sentralis) : seluruh ostium ditutupi plasenta

(b) Plasenta previa parsialis (lateralis) : sebagian ostium ditutupi plasenta

(c) Plasenta previa letak rendah (marginalis) : tepi plasenta berada 3-4 cm di atas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba

(Sulistyawati, 2012)

2) Solusio plasenta

Suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal, terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum jalan lahir, biasanya dihitung sejak usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Solusio plasenta menurut derajat lepasnya plasenta dibagi menjadi :

(a) Solusio plasenta lateral/parsialis

Bila hanya sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempat perletakkannya

(b) Solusio plasenta totalis

Bila seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari perlekatannya

(c) Prolapses

Kadang-kadang plasenta ini turun ke bawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam

(Sulistyawati,2012)

L. Kunjungan Kehamilan

Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komperhensif sesuai standar, ibu hamil hendaknya sedikitnya melakukan empat kali kunjungan selama periode antenatal, yaitu :

1. Satu kali kunjungan selam trimester I (< 14 minggu)
2. Satu kali kunjungan selama trimester II (antara14-28 minggu)
3. Dua kali kunjungan selama trimester III (antara 28-36 minggu dan sesudah minggu ke 36)
4. Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dirasakan ada gangguan atau bila janin tidak bergerak lebih dari 12 jam

(Kumalasari, 2015)

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Definisi persalinan

Partus biasa (normal) disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi dengan LBK dengan tenaga ibu sendiri dan bayi, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Mochtar, 2011). Persalinan dan kelahiran normal adalah suatu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2013). Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Marmi, 2016)

B. Jenis-jenis persalinan

1. Menurut (Marmi, 2016) jenis-jenis persalinan terdiri dari :

a) Persalinan spontan

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

b) Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesaria*.

c) Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan diimbuhkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin.

2. Jenis-jenis persalinan berdasarkan umur kehamilan dan BB bayi yang dilahirkan :

a) Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram dan usia kehamilan >20 minggu.

b) Persalinan Immaturus

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

c) Pengeluaran Prematuritas

Persalinan sebelum umur kehamilan 28-32 minggu dan berat janin kurang dari 1000-2449 gram.

d) Persalinan Aterm

Persalinan antara umur kehamilan 37-42 minggu dan berat janin di atas 2500 gram.

e) Persalinan Posterm

Persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda post maturities.

f) Presipitatus

Persalinan berlangsung kurang dari 3 jam (Marmi, 2014)

C. Penyebab Terjadinya Persalinan

Beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan, antara lain :

1. Teori Penurunan Kadar Prostaglandin

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena adanya sintesa prostaglandin di uterus (Sari dkk, 2014)

2. Teori Penurunan Progesteron

Progesteron merupakan hormon pening dalam menjaga kehamilan tetap terjadi hingga masa persalinan. Hormon ini dihasilkan oleh plasenta, yang akan berkurang seiring terjadinya penuaan plasenta yang terjadi pada usia hamil 28 minggu. Ketika hormon ini mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahimmulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu. (Sari dkk, 2014)

3. Teori Rangsangan Esterogen

Esterogen menyebabkan irritability miometrium, mungkin karena peningkatan konsentrasi actin-myocin dan adenosin tripospa (ATP). Selain itu esterogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium) (Marmi, 2014)

4. Teori Respektor Oksitosin dan Kontraksi *Braxton Hicks*

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin (Marmi, 2014). Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi *Braxton Hicks*. Menurunnya konsentrasi progesteron

akibat tuanya kehamilan, menyebabkan oksitosin meningkat sehingga persalinan dapat dimulai (Sari dkk, 2014)

5. Teori Ketegangan Otot Rahim (*Distensi Rahim*)

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai . Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta (Marmi, 2014)

6. Teori *Fetal Cortisol*

Dalam teori ini diajukan sebagai “pemberi tanda” untuk dimulainya persalinan adalah janin. Kortisol janin akan memengaruhi plasenta sehingga produksi progesteron berkurang dan memperbesar sekresi estrogen, selanjutnya berpengaruh terhadap meningkatnya produksi prostaglandin yang menyebabkan iritability miometrium meningkat (Sari dkk, 2014)

7. Teori *Fetal Membran*

Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya *esterifed* yang menghasilkan *arachnoid acid*, yang menentukan prostaglandin dan mengakibatkan kontraksi miometrium. (Marni, 2014)

8. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan anensefalus sehingga terjadi keterlambatan dalam persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh karena Linggin pada tahun 1973 (Marni, 2014)

9. Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terdapat ganglion servikale (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini ditekan dan digeser misalnya oleh karena kepala janin maka akan timbul kontraksi (Marmi, 2014)

10. Teori Plasenta Sudah Tua

Menurut teori ini, plasenta yang menjadi tua dapat menyebabkan kekejangan pembuluh darah pada *vili chorialis* di plasenta sehingga menyebabkan kontraksi pada rahim (Sari dkk, 2014)

11. Teori Tekanan Serviks

Fetus yang berprestentasi baik dapat merangsang aliran saraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi (Sari dkk, 2014)

12. Induksi Partus (*Induction of labor*)

Menurut Manuaba (2013), partus yang ditimbulkan dengan jalan :

Memecahkan ketuban (*amniotomi*) pemecahan ketuban akan mengurangi keregangan otot rahim sehingga kontraksi segera dimulai.

- a) Induksi persalinan secara hormonal/kimiawi dengan pemberian oksitosin drip/prostaglandin dapat mengakibatkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- b) Induksi persalinan dengan mekanis dengan menggunakan beberapa ganggang laminaria yang dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser.
- c) Induksi persalinan dengan tindakan operasi *seksio caesaria*.

D. Tanda-tanda persalinan

1. Tanda-tanda persalinan sudah dekat

a) Lightening

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh :

- 1) Kontraksi *Braxton Hicks*
 - 2) Ketegangan otot perut
 - 3) Ketegangan ligamen rotundum
 - 4) Gaya berat janin kepala ke arah bawah
- b) Terjadinya his permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesterone dan estergen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu

Sifat his palsu :

- 1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
 - 2) Datangnya tidsak teratur
 - 3) Tidak ada perubahan serviks
 - 4) Durasinya pendek
 - 5) Tidak bertambah jika beraktifitas
2. Tanda-tanda persalinan
- a) Terjadinya his persalinan
- His persalinan memiliki sifat :
- 1) Pinggang terasa sakit, yang menjalar kedepan
 - 2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
 - 3) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
- b) *Bloody Show*

Pengeluaran lendirdi sertai darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

c) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuba atau selaput ketuban robek. Sehingga sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil. (Asrinah, 2010)

E. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1. *Power* (kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi :

a) His (kontraksi uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus abdominal, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap is dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut di mana tuba masuk ke dinding uterus. Ditempat tersebut ada satu pace maker darimana gelombang tersebut berasal. (Nurasiah, 2012)

b) Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah selaput ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha volunter. (Nurasiah, 2012)

2. *Passage* (jalan lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua :

a) Bagian keras : meliputi tulang panggul, ruang panggul, bidang hodge dan ukuran-ukuran panggul.

1) Bagian-bagian tulang panggul

- (a) *Ox Ischium*
- (b) *Ox Pubis*
- (c) *Ox Sacrum*
- (d) *Ox Ilium*
- (e) *Ox Cocsigis*

2) Bagian-bagian bidang hodge

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan bidang hodge :

- a) Hodge I : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium.
- b) Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah simfisis.
- c) Hodge III : Sejajar dengan Hodge I dan II setinggi *spina ischiadika* kanan dan kiri,dan
- d) Hodge IV : Sejajar Hodge I, II, dan III setinggi *ox coccygis*.

(Sari, 2014)

- b) Bagian lunak : meliputi diafragma pelvis dari dalam ke luar dan perinium
(Nurasiah, 2012)

3. *Passanger* (janin dan plasenta)

- a) Janin

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai

bagian dari *passanger* yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal (Sumarah, 2010)

b) Plasenta

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterine. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta (Nurasiah, 2012)

4. Psikologis

Keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan (Asrinah, 2010)

5. Phycician (penolong)

Bidan atau tenaga kesehatan lainnya mempunyai tanggung jawab yang besar dalam proses persalinan. Langkah pertama yang harus dikerjakan adalah harus mengkaji perkembangan persalinan, memberitahu perkembangannya baik fisiologis maupun patologis pada ibu dan keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti. Kesalahan yang dilakukan bidan dalam mendiagnosis persalinan dapat menimbulkan kegelisahan dan kecemasan pada ibu dan keluarga (Nurasiah, 2012)

F. Mekanisme Persalinan

1. Mekanisme persalinan

Cara penyesuaian diri dan lewatnya janin melalui panggul ibu. Ada 6 gerakan dengan overlapping yang jelas diuraikan sebagai berikut :

a) Penurunan

Penurunan yang meliputi engagement pada diameter obliqua kanan panggul berlangsung terus selama persalinan normal pada waktu janin melalui jalan lahir. Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah dan pada kala II dibantu oleh daya mengejan dari pasien dan sedikit oleh gaya berat. (Pantikawati, 2010)

b) Flexi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi fleksi sebagian oleh karena itu merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tekanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. 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 terendah mencapai dasar panggul. (Pantikiwati, 2010)

c) Putar paksi dalam

UUK masuk PTP tempat berhubungan dengan dasar panggul (Musculus dan fascia levator ani). UUK berputar 45° kekanan (menuju garis tengah). Sutura sagitalis pindah dari diameter obliqua kanan ke diameter anteroposterior panggul : LOA (left occipito anterior) ke OA (occipito anterior). UUK mendekati symphysis pubis dan sinciput mendekati sacrum. Kepala berputar dari diameter obliqua kanan ke diameter anteroposterior panggul tetapi bahu tetap pada diameter obliqua kiri. Dengan demikian hubungan normal antara sumbu panjang kepala dengan sumbu panjang bahu berubah dan leher berputar. (Dewi, 2012)

d) Eksestensi

Eksestensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah dan dasar panggul yang menimbulkan tekanan ke bawah. Dan 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 perinium diikuti dengan lengan kepala membuka pintu (crowning). Occiput lewat melalui PAP perlahan-lahan dan tengkuk menjadi titik putar di angulus subpubicus. Kemudian dengan proses ekstensi yang cepat sinciput sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirnya bregma, dahi, hidung dan dagu melalui perinium. (Pantikawati, 2010)

e) Resusitasi

Pada waktu kepala mencapai dasar panggul. Maka bahu memasuki panggul oleh karena panggul tetap berada pada diameter obliqua sedangkan kepala berputar kedepan maka leher ikut berputar. Begitu kepala dilahirkan dan bebas dari panggul, maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan resusitasi kembali (OA menjadi LOA) sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali

f) Putar paksi luar

Putar paksi luar kepala sebenarnya merupakan manifestasi putar paksi dalam daripada bahu. Pada bahu mencapai dasar panggul bahu depan yang lebih rendah berputar ke depan dibawah symphysis dan berdiameter bisacromialis berputar dari diameter obliqua ke kiri menjadi diameter anteroposterior panggul. Dengan begini memanjangkan bahu maka diameter memanjangkan bahu dapat

sesuai dengan diameter memanjang PBP. Kepala yang telah berputar kembali untuk mengembalikan hubungan normal dengan bahu. Sekarang berputar untuk mempertahankan LOA menjadi LOT. (Pantikawati, 2010)

2. Mekanisme bahu

Pada waktu kepala tampak di PBP, memasuki PAP, maka engage pada obliqua yang berlawanan dengan kepala. Misalnya, pada LOA kalau kepala engage pada diameter obliqua kanan PAP maka bahu engage pada obliqua kiri. Kontraksi uterus dan kejang perut ibu mendorong janin ke bawah symphysis. Berputar bahu kedepan berlawanan arah dengan putaran kepala kedepan. Bahu depan lahir dibawah symphysis pubis menjadi titik putar disana. Kemudian bahu belakang lahir melalui perinium dengan gerakan flexi lateral

3. Kelahiran badan

Setelah bahu dilahirkan maka bagian tubuh janin lainnya lahir dengan kontraksi perut ibu tanpa mekanisme yang khusus dan tanpa kesulitan. (Rahayu, 2017)

G. Tahap-tahap persalinan

1. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam (Manuaba,

2010). Pengkajian selama kala I persalinan meliputi pemeriksaan vagina pengkajian kontraksi, show, tanda-tanda vital dan DJJ (Raeder, 2011)

Kala I persalinan meliputi dua fase, yaitu :

a) Fase Laten

- 1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- 2) Kontraksi menjadi lebih stabil selama fase laten seiring dengan peningkatan frekuensi, durasi, dan intensitas mulai terjadi setiap 10-20 menit, berlangsung 15-20 detik, dengan intensitas ringan hingga intensitas sedang (rata-rata 400 mmHg pada puncak kontraksi dari uterus sebesar 10 mmHg) yang terjadi lima sampai tujuh menit berlangsung 30 sampai 40 detik (Varney, *et al*, 2007)

Pada fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat. Kondisi ibu dan janin harus dicatat secara seksama, yaitu denyut jantung janin : setiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, nadi : setiap 30 menit, pembukaan servik setiap 4 jam, tekanan darah dan temperature setiap 4 jam, produksi urin, aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam (Sukarni dkk, 2013).

Lembar observasi adalah pendokumentasian hasil observasi dan mencatat pada lembar observasi dan dilakukan mulai kala I fase laten. Pada 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 obyektif (kenyataan). Hasil temuan digambarkan dengan jelas termasuk posisi, kondisi, tanda, gejala, warna, jumlah, memakai singkatan atau simbol yang sudah disepakati, misal KU, ket+, KPD, Let kep, Let su, S/N, TD, dan lain-lain (Setyaningrum, 2013)

b) Fase aktif

Fase aktif dibagi menjadi 3 tahapan yaitu :

- 1) Periode akselerasi : berlangsung selama dua jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- 2) Periode dilatasi maksimal (*steady*) : berlangsung selama dua jam pembukaan berlangsung cepat 9 cm.
- 3) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu dua jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap). (Kumalasari, 2015)

Selain dari ketiga periode dari fase aktif tersebut di atas, terdapat beberapa hal lain yaitu sebagai berikut :

- 1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (Kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm perjam (nulipara atau primigravida) terjadi (Varney, *et al*, 2007)
- 2) Saat persalinan maju ke fase aktif, mood wanita akan berubah dan ia “mulai sibuk”. Wanita mulai berkonsentrasi pada teknik pernapasannya dan perlu bantuan dari orang lain.
- 3) Pada saat persalinan maju (yaitu, 8-10 cm), perawat harus terus menguatkan teknik pernapasan yang benar dan membantu klien untuk tidak mengejan lebih dini, yang dapat menyebabkan pembengkakan serviks. Klien harus di yakinkan

bahwa ia akan segera mengalami pembukaan lengkap dan akan siap untuk memulai proses persalinan (Reeder dkk, 2011)

Berbeda dengan fase laten, pada persalinan kala I fase aktif, pendokumentasian umumnya menggunakan lembar partograf. Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf pada fase aktif adalah :

- a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan yang diberikan dimana semua itu dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi harus lahir (Setyaningsih, 2014)

2. Kala II

Pengeluaran (ekspulsi) janin. Kala II dari persalinan dimulai dari pembukaan lengkap serviks dan berakhir dengan kelahiran bayi. Tahap ini dikenal dengan kala pengeluaran

- a) Tanda-tanda kala II
 - 1) His menjadi lebih kuat (3-4 detik sekali)
 - 2) Mengeluarkan darah dan lendir banyak
 - 3) Bila datang his disertai ibu mengejan

- 4) Ketuban pecah sendiri pada kala II, kadang-kadang kulit ketuban pecah pada akhir kala I, vulva membuka, anus membuka dan perinium menonjol (tidak selalu)
- 5) Bila KK sudah pecah, maka pada waktu his tampak penonjolan kepala anak, kulit ketuban menonjol keluar (bila his hilang, kulit ketuban akan kembali tidak tampak)

b) Kemajuan persalinan

Pada wanita primipara, tahap turun masuknya (*engagement*) janin harusnya terjadi lebih lambat dari fase aktif pada kala I persalinan, sedangkan pada wanita multipara tidak terjadi *engagement* tersebut pada saat permulaan kala II dari persalinan. Angka rata-rata kecepatan turun maksimum 1,6 cm perjam pada primipara dan 5,4 cm perjam pada multipara. Lamanya kala II rata-rata adalah 1 jam untuk primipara dan 15 menit pada wanita multipara, pada umumnya kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam bagi primipara atau 1 jam pada multipara dianggap sudah abnormal.

c) Posisi dalam persalinan

Posisi yang boleh diambil oleh ibu akan tergantung pada beberapa faktor :

- 1) Kondisi ibu dan janin. Jika khawatir mengenai kesehatan ibu atau bayinya, maka pemantauan yang harus sering dan terus menerus dilakukan mungkin akan membatasi pilihan dalam memilih posisi
- 2) Pilihan pribadi ibu. Hendaknya menjadi pertimbangan bidan waktu menolong ibu yang akan bersalin
- 3) Lingkungan. Untuk alasan keselamatan dan juga privasi ada kemungkinan bahwa tidaklah mungkin untuk mempertimbangkan posisi-posisi alternatif

4) Keyakinan bidan. Melihat kemampuan dirinya sendiri mengawasi dan menolong kelahiran bayi diutamakan melihat keinginan pasiennya dalam memilih posisi dalam melahirkan

5) Posisi semi terlentang dan menopang

Posisi dalam melahirkan bisa dengan posisi semi terlentang dan ditiopang dengan paha diangkat ke atas. Posisi ini dianjurkan jika ibu menggeletak datar pada punggung maka kompresi vena caval akan meningkat yang menyebabkan timbulnya hipotensi dan hal ini bisa mengarah perfusi plasenta yang berkurang serta oksigenasi janin yang berkurang

6) Membuat bidan mendapat akses yang baik serta pandangan yang jelas atas perinium

(Rahayu, 2017)

3. Kala III

Pemisahan, pengeluaran plasenta dan selaput yang juga melibatkan pengendalian perdarahan. Proses ini berlangsung mulai dari saat lahirnya bayi hingga dikeluarkannya plasenta dan selaput ketuban. Kala III persalinan dimulai setelah selesainya kelahiran bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Kala III persalinan berlangsung rata-rata 5-10 menit

a) Evaluasi atas kemajuan persalinan

b) Mekanisme pengeluaran plasenta

c) Langkah-langkah penatalaksanaan aktif persalinan kala III

4. Kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir dua jam kemudian

H. Kebutuhan ibu bersalin

1. Nutrisi

Perubahan makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi, tidak teratur atau kurang efektif). Oleh karena itu anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi. Anjurkan keluarga selalu memberikan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan

2. Personal hygiene

3. Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sacrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensi urine maupun sering berkemih

4. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga. Untuk memberikan dukungan atau motifasi pada ibu dalam proses persalinan.

5. Pengurangan rasa nyeri

6. Pengaturan posisi

7. Informasi tentang persalinan

I. Partograf

Partograf merupakan alat untuk memantau kemajuan kala I, mencatat informasi pada observasi/riwayat dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala I

1. Tujuan penggunaan partograf

- a) Menilai penurunan bagian terbawah janin melalui pemeriksaan suprasimfisis
- b) Mencatat hasil observasi dan memantau kemajuan persalinan (dilatasi serviks)
- c) Mendeteksi proses persalinan berjalan secara normal kondisi ibu dan janin pada fase aktif kala I dan pengeluaran ibu selama fase aktif kala I

2. Bagian-bagian partograf
 - a) Kemajuan persalinan
 - 1) Pembukaan serviks
 - 2) Tujuannya bagian terbawah dari kepala janin
 - 3) Kontraksi uterus (frekuensi dan lamanya kontraksi uterus)
 - b) Kondisi janin
 - 1) Denyut jantung janin
 - 2) Warna dan volume air ketuban
 - 3) Moulase kepala janin
 - c) Kondisi ibu
 - 1) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban
 - 2) Tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu badan
 - 3) Volume produksi urine, aseton dan protein
 - 4) Obat dan cairan
3. Cara mencatat temuan pada partograf
 - Informasi awal atau saat datang ke tempat bersalin
 - a) Nama, umur
 - b) Gravida, para, abortus
 - c) Nomor catatan medik atau nomer puskesmas
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (jika dirumah tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban
4. Kondisi janin
 - a) Denyut jantung janin

Pemeriksaan denyut jantung janin merupakan cara yang aman untuk mengetahui kondisi janin. Sebaiknya menghitung denyut jantung tiga kali secara terpisah dengan interval 5 detik dan kalikan jumlah yang didapat dengan 4. Kisaran normal DJJ pada partograf diantara garis tebal pada angka 180 dan 100. Penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga dibawah 120 atau di atas 160x/menit.

b) Moulase tulang kepala janin

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

- 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi tidak bisa dipisahkan

5. Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks

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

b) Turunnya kepala janin (bagian bawah janin)

Jika kemajuan persalinan normal, pembukaan serviks harus diikuti turunnya kepala janin. Tetapi kadangkala turunnya kepala janin mulai terjadi pada pembukaan serviks sebesar 7 cm. Turunnya kepala janin diukur dengan pemeriksaan luar dengan memperhatikan bagaimana jari-jari dapat melingkupi kepala sampai bagian kepala yang tidak masuk kedalam panggul, skala turunnya kepala dan garis tidak terputus dari 0-5

c) His (kontraksi uterus)

Pada kolom waktu bagian bawah terdapat lima kotak paralel. Pada sisi kiri dari kotak-kotak tertulis kontraksi dalam 10 menit.

Kotak harus diisi dengan simbol kontraksi seperti :

Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 40 detik

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

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

6. Kondisi ibu

a) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban

Lambang-lambang yang ditulis dalam partograf

U : Selaput ketuban masih utuh

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

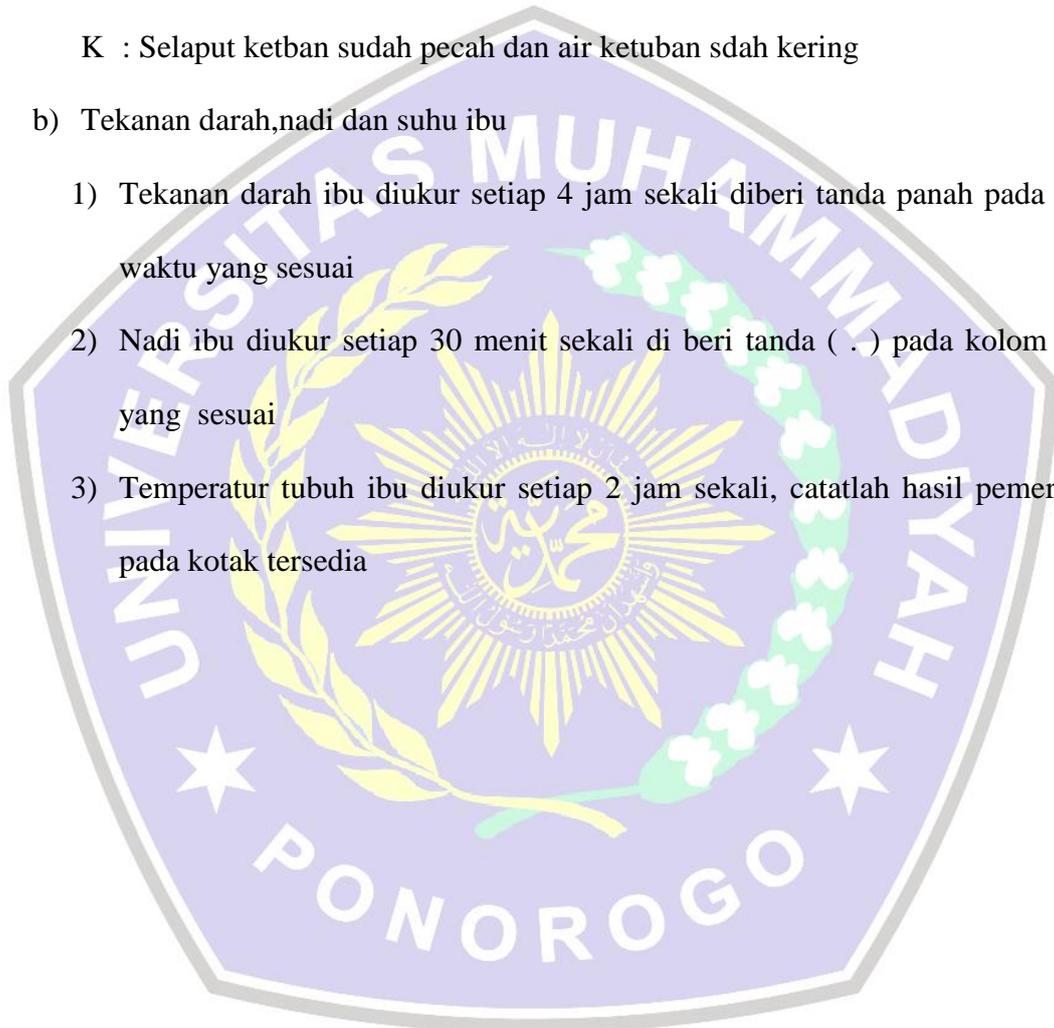
K : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban sudah kering

b) Tekanan darah, nadi dan suhu ibu

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

2) Nadi ibu diukur setiap 30 menit sekali di beri tanda (.) pada kolom waktu yang sesuai

3) Temperatur tubuh ibu diukur setiap 2 jam sekali, catatlah hasil pemeriksaan pada kotak tersedia



- c) Volume produksi urin, aseton, dan protein

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

- d) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

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

7. Pada bagian belakang partograf

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

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

8. Cara pengisian lembar partograf

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

(Mochtar, 2015)

J. Lima Benang Merah dalam Persalinan

Menurut Depkes RI tahun (2010), lima benang merah dalam persalinan adalah sebagai berikut :

1. Membuat keputusan klinik
2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi
3. Pencegahan infeksi
4. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan dan
5. Rujukan

(Depkes, 2010)

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang sangat penting untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, komperhensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun bagi petugas yang memberikan pertolongan. Tujuh langkah dalam membuat keputusan adalah sebagai berikut :

- a) Pengumpulan data
- b) Interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah
- c) Menetapkan diagnosis atau masalah potensial
- d) Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
- e) Menyusun rencana asuhan atau intervensi
- f) Melaksanakan asuhan dan
- g) Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan atau interval solusi

(Nurasiah dkk, 2012)

2. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan ibu. Pelaksanaan asuhan sayang ibu yang mendasar atau menjadi prinsip dalam proses persalinan meliputi pemberian dukungan emosional, pemberian cairan dan nutrisi, keleluasaan untuk miksi dan defekasi, serta pencegahan infeksi. Semua hal tersebut digunakan sebagai antisipasi untuk menghindari terjadinya partus lama, partus tidak maju dan partus yang dirujuk (Tambuwun dkk, 2014)

Berikut ini merupakan asuhan sayang ibu dan sayang bayi dalam melahirkan :

- a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan jaga martabatnya.
- b) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan.
- c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga.
- d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f) Berikan dukungan, besarkan dan tentramkan hatinya serta anggota keluarganya.
- g) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan.
- h) Anjurkan suami dan anggota keluarga tentang bagaimana mereka memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan.
- i) Laksanakan praktik pencegahan infeksi yang baik secara konsisten.
- j) Hargai privasi ibu.
- k) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan.
- l) Anjurkan ibu untuk minum atau makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- m) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan.

- n) Hindari tindakan yang berlebihan dan merugikan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.
- o) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi, Insiasi Menyusui Dini (IMD) dan membangun hubungan psikologis.
- p) Membantu memulai pemberian ASI.
- q) Siapkan rujukan (bila rujukan).
- r) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan mencukupi semua bahan yang diperlukan. Siap untuk resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran.

(Depkes, 2010)

3. Pencegahan infeksi

Menurut Nurasiah, definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi adalah sebagai berikut :

- a) Asepsis atau teknik merupakan istilah yang dipakai untuk menggambarkan semua asuhan yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi menimbulkan penyakit.
- 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 benda yang terkontaminasi darah maupun cairan.

- d) Mencuci dan membilas tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing (misalnya, debu, kotpran) dari kulit atau peralatan.
- e) Desinfeksi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda-benda mati atau instrumen.
- f) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) adalah tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora dengan cara merebus atau kimiawi.
- g) Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, dan parasit) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrumen.

(Nurasiah, 2012)

4. Pencatatan Asuhan Persalinan (Dokumenasi)

Aspek penting dalam pencatatan:

- a) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
- b) Identifikasi penolong
- c) Paraf atau tanda tangan penolong pada semua catatan
- d) Mencangkup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca
- e) Suatu system untuk memelihara catatan pasien sehingga selalu siap tersedia
- f) Kerahasiaan dokumen-dokumen medis

(Nurasiah, 2012)

5. Rujukan

Singkatan BAKSOKU dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.



Tabel 2.1
Penjabaran BAKSOKU

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

Sumber (Nurasiah dkk, 2012)

Kini persiapan merujuk bukan hanya BAKSOKU saja, tetapi ditambah dengan Darah (DA), karena kemungkinan ibu terjadi perdarahan banyak dan membutuhkan darah saat berada di fasilitas rujukan, untuk itu perlu disiapkan calon pendonor darah (Nurasiah, 2012)

K. Penyulit dan komplikasi persalinan

1. Kelainan persentasi dan posisi

a) Presentasi bokong

Presentasi bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas.

Jenis presentasi bokong

1) Sempurna

Janin dalam posisi fleksi pada paha dan lutut

2) Murni

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

3) Kaki

Sattu atau dua kaki dengan ekstansi pada paha dan lutut, dan kaki merupakan bagian terendah

4) Lutut

Satu atau dua lutut dengan ekstensi pada paha, fleksi pada lutut, dan bagain terendahnya adalah lutut

(Sulistyawati, 2010)

b) Presentasi muka

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

- 1) Seringg ditemukan pada janin besar atau panggul sempit
- 2) Multiparitas, perut gantung
- 3) Anensefalus, tumor leher bagian depan

c) Posisi oksiput posterior persisten

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

- 1) Diameter anterior posterior panggul lebih panjang dari diameter tranversa, panggul anthropoid
- 2) Segmen depan menyempit. Contoh : panggul android
- 3) Otot-otot dasar panggul yang lembek pada multipara
- 4) Kepala janin yang kecil dan bulat

2. Distosia karena kelainan his

a) Insersia uteri hipotonik

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

b) Insersia uteri hipertonic

Kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar. Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini, antara lain : rangsangan pada uterus, misalnya : pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama disertai infeksi

c) His yang tidak terkoordinasi

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

3. Distosia karena kelainan alat kandungan

a) Vulva

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

b) Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah :

1) Kelainan vagina

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

2) Stenosis vagina congenital

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

3) Tumor vagina

Merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginaan, adanya tumor vagina dapat juga menyebabkan persalinan pervaginaan dianggap memiliki banyak risiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu

dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginaan atau diselesaikan dengan *sectio caesaria*

4) Kista vagina

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



c) Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis karena disfungsi uterine action atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi

4. Distosia karena kelainan janin

a) Bayi besar (Makrosomia)

Bayi dengan berat badan pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus normal antara 2.500-4000 gram.

b) Hidrosefalus

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

c) Anensefalus

Suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. Anensefalus merupakan suatu kelainan tabung syaraf (suatu kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan kerusakan pada jaringan pembentuk otak dan korda spinalis). Anensefalus terjadi jika tabung syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak diketahui. Penelitian menunjukkan kemungkinan anensefalus

berhubungan dengan racun dilingkungan jga kadar asam folat yang rendah dalam darah. Anansefalus ditemukan pada 3,6-4,6 dari 10.000 bayi baru lahir

d) Distosia bahu

Kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul, sehingga bahu menjadi tidak dapat digerakkan

e) Janin kembar siam

Keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal berpisah secara sempurna

5. Distosia karena kelainan jalan lahir

a) Kessempitan pintu atas panggul

Pintu atas panggul dinyatakan sempit apabila :

- 1) Diameter antero-posterior terpendek <10 cm
- 2) Diameter transversal terbesar <12 cm
- 3) Perkiraan diameter antero-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran conjungata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm sehingga kesempitan PAP seing ditegakan bila ukuran conjungata diagonalis <11,5 cm

b) Kesempitan bidang tengah panggul

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

c) Kesempitan pintu bawah panggul

PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberos) dan tidak terletak pada bidang yang sama. Berkurangnya diameter intertuberosa menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih kearah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekan perinium yang luas. Distosia akibat kesempitan pintu bawah panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa penyempitan PBP hampir selalu disertai dengan kesempitan bidang tengah panggul

6. Atonia uteri

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

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

7. Retensio plasenta

- a) Plasenta adhesiva : Plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam
- b) Plasenta akreta : Vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa
- c) Plasenta inkreta : Vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium
- d) Plasenta perkreta : Vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritonium dinding rahim
- e) Plasenta inkarserata : Tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh kontraksi ostium uteri

8. Emboli air ketuban

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

- a) Multipara
 - b) Solusio plasenta
 - c) IUFD
 - d) Partus presipitatus
 - e) Suction curettage
 - f) Terminasi kehamilan
9. Robekan jalan lahir

Klasifikasi robekan jalan lahir :

- a) Robekan perinium

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

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

Klasifikasi :

- (a) Derajat I : Robekan terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perinium
 - (b) Derajat II : Robekan terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perinium dan otot-otot perinium
 - (c) Derajat III : Robekan terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perinium dan otot-otot perinium dan sfingter ani eksterna
 - (d) Derajat IV : Robekan dapat terjadi pada seluruh perinium dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa
- b) Robekan serviks
- Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks. sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginaan. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri
- c) Robekan dinding vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perinium tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan spekulum



10. Inversio uteri

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

- a) Grande multipara
- b) Atonia uteri
- c) Kelemahan alat kandungan
- d) Tekanan intra abdominal yang tinggi (batuk dan mengejan)
- e) Cara crade yang berlebihan
- f) Tarikan tali pusat
- g) Manual plasenta yang telalu dipaksakan
- h) Retensio uteri

11. Syok obstetrik

Suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah kedalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang mampu mengeluarkan hasil metabolisme. Penyebabnya adalah :

- a) Perdarahan
- b) Infeksi berat
- c) Solusio plasenta
- d) Inversio uteri
- e) Emboli air ketuban
- f) Komplikasi anastesi (Sulistyawati, 2010).

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Definisi Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium disebut *puerpera* (Ambarwati, 2015)

Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi usaha pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI (Air Susu Ibu), cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu. (Heryani, 2012)

B. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Periode immediate postpartum

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

2. Periode esrly postpartum (24 jam - 1 minggu)

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

3. Periode late postpartum (1 minggu – 5 minggu)

Remote puerperium waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi

(Suherni, 2010)

C. Proses Masa Nifas

1. Involusi

Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Setelah 2 minggu beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. (Saleha, 2012)

2. Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Menurut saleha (2012), selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12 gr%. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-15 pasca persalinan.

3. Proses laktasi dan menyusui

Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus dan akan menekan pengeluaran faktor penghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor pemacu sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormone ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. (Maritalia, 2014)

D. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1. Uterus

Dalam keadaan fisiologis, pada pemeriksaan fisik yang dilakukan secara palpasi didapat tinggi fundus uteri akan berada setinggi pusat segera setelah janin

lahir, sekitar 2 jari di bawah pusat seelah plasenta lahir, pertengahan antara pusat dan simfisis pada hari ke lima postpartum dan setelah 12 hari postpartum tidak dapat diraba lagi (Maritalia, 2014)



Tabel 2.2
Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Cervix
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan symphisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : (Ambarwati dkk, 2010)

2. Serviks

Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh dua jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis (Marmi, 2017)

Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masai bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup (Ambarwati dkk, 2010)

3. Vulva dan vagina

Perubahan perinium pasca melahirkan terjadi pada saat perinium mengalami robekan. Robekan jalan lahir terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Pada post natal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan (Marmi, 2017). Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali

kepada keadaan tidak hamil dan ruggae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali secara sementara labia menjadi lebih menonjol (Walyani dkk, 2015)

4. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas (Walyani dkk, 2015). Secara fisiologis, lochea yang dikeluarkan dari cavum uteri akan berbeda karakteristiknya dari hari ke hari. Hal ini disesuaikan dengan perubahan yang terjadi pada dinding uterus akibat penurunan kadar hormone esterogen dan progesterone seperti yang telah diuraikan sebelumnya (Maritalia, 2014). Macam-macam lochea, diantaranya :

a) Lochea rubra atau merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari robekan atau luka pada plasenta dan serabut dari deciduas dan chorion (Marmi, 2017)

b) Lochea sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum. Karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir (Maritalia, 2014)

c) Lochea serosa

Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum (Walyani, 2015)

d) Lochea alba

Lochea ini muncul lebih dari hari kesepuluh postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati (Marmi, 2017)

e) Lochea purulenta

Yaitu terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk (Walyani, 2015)

f) Locheastatis

Yaitu lochea yang tidak lancar keluarnya (Walyani, 2015)

5. Payudara (Mammae)

Pada proses laktasi terdapat dua refleksi yang berperan, yaitu refleks prolaktin dan refleks aliran yang timbul akibat perangsangan putting susu.

a) Refleks prolaktin

Setelah persalinan, yaitu saat lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesteron juga berkurang. hisapan bayi akan merangsang putting susu dan kelenjar payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik (Maritalia, 2014)



b) Refleksi aliran (let down refleks)

Melalui aliran darah, hormone ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus lacitefous masuk ke mulut bayi (Maritalia, 2014:24)

6. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yang mengalami gangguan atau masalah kesehatan nadi, pernafasan, suhu dan tekanan darah (Maritalia, 2014)

7. Sistem endokrin

Kadar prolaktin dalam darah ibu dipengaruhi oleh frekuensi menyusui, lama setiap kali menyusui dan nutrisi yang dikonsumsi ibu selama menyusui. Hormon prolaktin ini akan menekan sekresi Folikel Stimulating Hormon (FSH) sehingga mencegah terjadinya ovulasi (Maritalia, 2014)

8. Sistem peredaran darah (cardio vascular)

a) Volume darah

Kehilangan darah pada persalinan per vaginaan sekitar 300-400 cc sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan per vaginaan, hemokonsentrasi akan naik dan pada persalinan seksio sesarea, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Marmi, 2017)

b) *Cardiac output*

Cardiac output meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan

anestesi. *Cardiac output* tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam *postpartum*, ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan *venous return*, *bradycardi* terlihat selama waktu ini. *Cardiac output* akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil 2-3 minggu (Walyani dkk, 2015)

9. Sistem pencernaan

a) Nafsu makan

Ibu sering kali cepat lapar setelah melahirkan dan setiap makan pada 1-2 jam *postpartum* primordial, dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anestesia, dan kelelahan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi camilan yang sering ditemukan (Marmi, 2017)

Pada ibu melahirkan dengan cara operasi (*sectio caesaria*) biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal (Maritalia, 2014)

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal (Marmi, 2017)

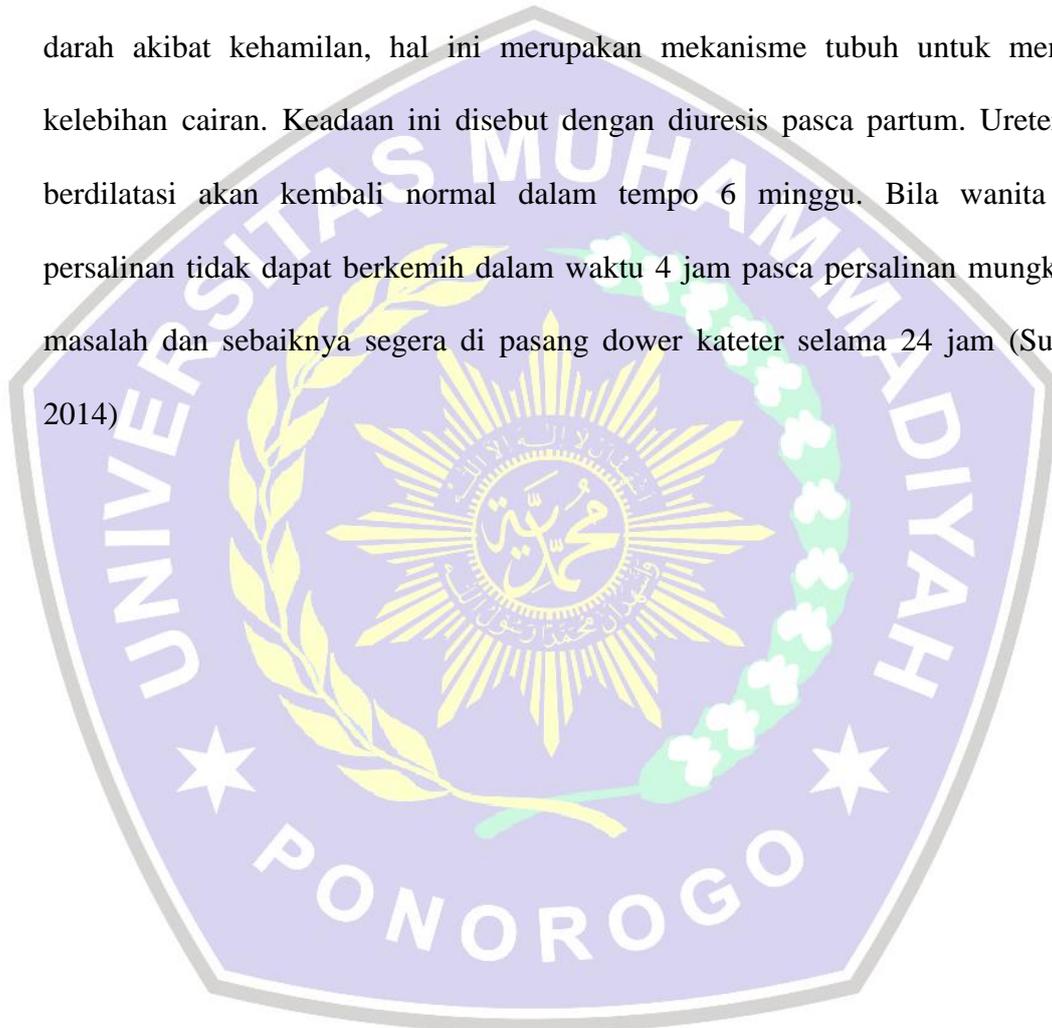
c) Pengosongan usus

Buang air besar (BAB) biasanya mengalami perubahan pada 1-3 hari pertama *postpartum*. Hal ini disebabkan terjadinya penurunan tonus otot selama proses persalinan. Selain itu, enema sebelum melahirkan kurang asupan nutrisi dan

dehidrasi serat dugaan ibu terhadap timbulnya rasa nyeri disekitar anus/perinium setiap kali akan BAB juga mempengaruhi defekasi secara spontan (Maritalia, 2014)

10. Sistem perkemihan

Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen menurun, hilangnya peningkatan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu. Bila wanita pasca persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam pasca persalinan mungkin ada masalah dan sebaiknya segera di pasang dower kateter selama 24 jam (Suprijati, 2014)



11. Sistem integument

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan, menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit, perubahan pembuluh darah tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat esterogen menurun (Walyani dkk, 2015)

12. Sistem musculoskeletal

a) Dinding perut dan peritoneum

Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu (Marmi, 2017)

b) Kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang dinamakan striae. Melalui latihan postnaal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu (Marmi, 2017)

c) Striae

Ibu postpartum memiliki tingkat diastasis sehingga terjadi pemisahan muskus rektus abdominalis tersebut dapat dilihat dari pengkajian keadaan umum, aktivitas, paritas dan jarak kehamilan yang dapat menentukan berapa lama onus otot kembali normal (Marmi, 2017)

d) Perubahan ligament

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala (Sukarni dkk, 2013)

e) Simpisis pubis

Hal ini biasanya ditandai oleh nyeri tekan signifikan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak ditempat tidur atau saat berjalan. Pemisahan simpisis dapat di palpasi (Sukarni dkk, 2013)

E. Perubahan Psikologi Masa Nifas

1. Adaptasi psikologi masa nifas

a) Fase *Taking In*

Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya (Maritalia, 2014)

b) Fase *Taking Hold*

Fase *Taking Hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah (Walyani dkk, 2015)

c) Fase *Letting Go*

Fase *Letting Go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan

akan perawatan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini (Walyani dkk, 2015)

2. Postpartum Blues (Baby Blues)

Postpartum blues merupakan kesedihan atau kemurungan setelah melahirkan, biasanya hanya muncul sementara waktu yakni sekitar 2 hari hingga 2 minggu sejak kelahiran bayi. Beberapa penyesuaian dibutuhkan oleh wanita dalam menghadapi aktivitas dan peran barunya sebagai ibu pada minggu-minggu atau bulan-bulan pertama setelah melahirkan, baik dari segi fisik maupun segi psikologis (Marmi, 2017)

3. Depresi postpartum

Gejala ini timbul seperti halnya wanita mengalami proses menstruasi, dimana perubahan hormon mempengaruhi perilaku ibu. Biasanya hal ini terjadi pada kurun waktu satu minggu setelah melahirkan yang biasanya ibu akan merasakan resah, gelisah, pusing, bahkan ada pula yang sampai mengamuk seperti orang yang mengalami gangguan jiwa (Sukarni dkk, 2013)

4. Kesedihan dan duka cita

Tahap-tahap berduka menurut Marni (2017), yaitu:

a) Syok

Merupakan respons awal individu terhadap kehilangan.

b) Berduka

Ada penderitaan, fase realitas. Penerimaan terhadap fakta kehilangan dan upaya terhadap realitas yang harus ia lakukan terjadi pada periode ini.

c) Resolusi

Fase menentukan hubungan baru yang bermakna. Selama periode ini seseorang yang berduka menerima kehilangan, penyesuaian telah komplisit dan individu kembali pada fungsinya secara penuh.

F. Kebutuhan Dasar pada Masa Nifas

1. Nutrisi dan cairan

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). Minum sedikitnya 3 liter air tiap hari. Pil zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (2000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI nya. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca melahirkan antara lain :

a) Kalori

Wanita dewasa memerlukan 2.200 k kalori. Ibu menyusui memerlukan kalori yang sama dengan wanita dewasa +700 k kalori pada 6 bulan pertama kemudian +500 k kalori pada bulan selanjutnya (Walyani dkk, 2015)

b) Protein

Jumlah kebutuhan protein yang diperlukan oleh ibu nifas adalah sekitar 10-15%. Protein utama dalam air susu ibu adalah whey. Mudah dicerna whey menjadi kepala susu yang lembut yang memudahkan penyerapan nutrient kedalam aliran darah bayi (Marmi, 2017)

c) Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium dan vitamin D dapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur dipagi hari. konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari (Yanti, 2011)

d) Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi saraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium di dapat dari gandum dan kacang-kacangan (Yanti, 2011)



e) Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan sedikitnya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4- 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, 1 buah tomat (Yanti, 2011)

f) Karbohidrat kompleks

Makanan yang dikonsumsi dianjurkan mengandung 50-60% karbohidrat. Laktosa (gula susu) adalah bentuk utama dari karbohidrat yang ada dalam jumlah lebih besar dibandingkan dalam susu sapi (Marmi, 2017)

g) Lemak

Lemak 25-35% dari total makanan. Lemak menghasilkan kira-kira setengah kalori yang diproduksi oleh air susu ibu (Walyani dkk, 2015)

h) Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin seperti kacang asin, keripik kenang atau acar (Yanti, 2012)

i) Cairan

Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Minum cairan cukup untuk membuat tubuh tidak dehidrasi. Asupan tablet tambah darah dan zat besi diberikan setara 40 hari postpartum, minum kapsul vit A (200.000 unit) (Marmi, 2017)

j) Vitamin dan mineral

Kegunaan vitamin dan mineral adalah untuk melancarkan metabolisme tubuh. Beberapa vitamin dan mineral yang ada pada air susu ibu perlu mendapat perhatian khusus karena jumlahnya kurang mencukupi, tidak mampu memenuhi kebutuhan bayi untuk tumbuh dan kembang bayi (Walyani dkk, 2015)

k) Zinc

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuhan luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc di dapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. Sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging (Yanti, 2012)

1) DHA

DHA pening untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI (Yanti, 2012)

2. Ambulasi dini

Mobilisasi sebaiknya dilakukan secara bertahap. Diawali gerakan miring ke kanan dan ke kiri diatas tempat tidur. Mobilisasi ini tidak mutlak, bervariasi tergantung pada ada tidaknya komplikasi persalinan, nifas dan status kesehatan ibu sendiri (Maritalia, 2014)



3. Eliminasi

a) Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien dan mengompres air hangat diatas dimpisis. Bila tidak berhasil dengan cara diatas maka dilakukan kateterisasi (Ambarwati, 2010)

b) Buang air besar (BAB)

Ibu postpartum diharapkan BAB 1-2 x/hari postpartum. Apabila mengalami kesulitan BAB atau obstipasi, lakukan diet teratur, cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat rangsangan per oral atau per rectal atau lakukan klisma bila perlu (Marmi, 2014)

4. Personal hygiene

Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan/hygiene terutama perawatan kulit, karena fungsi eksresi dan keringat bertambah (Sutanto dkk, 2017). Sebaliknya pakaian agak longgar didaerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering (Walyani dkk, 2015). Cuci rambut dengan conditioner yang cukup, lalu mengeringkan menggunakan sisir yang lembut (Walyani dkk, 2015)

5. Istirahat

Kebutuhan istirahat ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang (Sulistiyawati, 2010). Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal :

- a) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- b) Memperlamba proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan.
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Marmi, 2017)

6. Seksual

Ibu yang baru melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan. Batasan waktu 6 minggu didasarkan atas pemikiran pada masa itu semua luka akibat persalinan, termasuk luka episiotomi dan luka bekas *Seccio Caesaria* (SC) biasanya telah sembuh dengan baik. Bila suatu persalinan dipastikan tidak ada luka atau laserasi/robek pada jaringan, hubungan seks bahkan telah boleh dilakukan 3-4 minggu setelah proses melahirkan (Maritalia, 2014)

7. Latihan/senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari kesepuluh. Tujuan senam nifas adalah membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, mempercepat proses involusio uteri, membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut perinium, memperlancar pengeluaran lochea, membantu mengurangi rasa sakit, merelaksasi otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan, mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Yanti, 2012)

G. Anatomi dan Fisiologi Payudara

1. Bagian-bagian payudara

a) Pabrik ASI (alveoli)

1) Berbentuk seperti buah anggur

2) Dindingnya terdiri dari sel-sel yang memproduksi ASI jika dirangsang oleh hormon prolaktin

b) Saluran ASI (duktus lactiferous)

Berfungsi untuk menyalurkan ASI dari pabrik ke gudang

c) Gudang ASI (sinus lactiferous)

Tempat penyimpanan ASI yang terletak dibawah kalang payudara (areola)

d) Otot polos (myoepithel)

1) Otot yang mengelilingi pabrik ASI

2) Jika dirangsang oleh hormon oksitosin, maka otot yang melingkari pabrik ASI akan merenggut dan menyembrotkan ASI didalamnya

3) Selanjutnya, ASI mengalir ke saluran payudara dan berakhir di gudang ASI (Sulistyawati, 2010)

2. Fisiologi laktasi

Hisapan bayi memicu pelepasan ASI dari alveolus mammae melalui duktus ke sinus lactiferous. Hisapan merangsang produksi oksitosin oleh kelenjar hypofisis posterior. Oksitosin memasuki darah dan menyebabkan kontraksi sel-sel khusus yang mengelilingi alveolus, mammae duktus. Kontraksi sel-sel khusus ini mendorong ASI keluar dari alveoli melalui duktus lactiferous menuju sinus lactiferous, tempat ASI akan disimpan. Pada saat bayi menghisap, ASI di dalam sinus tertekan keluar ke mulut bayi. Gerakan ASI dari sinus dinamakan let down reflect atau pelepasan. Pada akhirnya, let down dapat dipacu tanpa rangsangan hisapan. Pelepasan dapat terjadi jika ibu mendengar bayi menangis atau sekedar memikirkan tentang bayinya (Sulistyawati, 2010)

- a) Hal-hal yang dapat meningkatkan oksitosin, antara lain :
- 1) Ibu dalam keadaan tenang
 - 2) Mencium dan mendengar celoteh bayi atau tangisannya
 - 3) Melihat dan memikirkan bayinya dengan perasaan kasih sayang
 - 4) Ayah menggantikan popok dan memandikannya
 - 5) Ayah bermain, menggendong, mendendangkan nyanyian, membantu pekerjaan rumah tangga
 - 6) Ayah memijat bayi
 - 7) Ayah menggendong bayi dan memberikan kepada ibu saat menyusui serta menyendawakannya
- b) Hal-hal yang bisa mengurangi produksi oksitosin, antara lain :
- 1) Ibu merasa kesakitan, terutama saat menyusui
 - 2) Ibu merasa sedih, cemas, kesal, dan bingung
 - 3) Suami atau keluarga kurang mendukung dan mengerti pentingnya ASI
 - 4) Ibu merasa malu untuk menyusui
 - 5) Ibu bekerja
 - 6) Ibu merasa takut jika menyusui akan merusak bentuk payudara
 - 7) Ibu merasa produksi ASI nya tidak cukup
- (Sulistyawati, 2010)

3. Komposisi gizi dalam ASI

a) Kolostrum

Air susu yang pertama kali keluar, berwarna kuning keemasan, kental, dan lengket. Kolostrum ini disekresi oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai hari keempat pascapersalinan. Kolostrum mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan antibodi yang tinggi dari pada

ASI matur. Kolostrum rendah lemak dan laktosa. Kolostrum merupakan pencahar ideal untuk membersihkan zat yang tidak terpakai dari usus bayi baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan (Prawirohardjo, 2014)

b) ASI transisi/peralihan

ASI peralihan diproduksi pada hari ke empat atau ketujuh sampai hari ke sepuluh sampai hari ke empat belas setelah kolostrum sampai sebelum matang (Roesli, 2012). Pada ASI transisi, kadar lemak, laktosa, dan vitamin larut air lebih tinggi, kadar protein dan mineral lebih rendah, serta mengandung lebih banyak kalori (Prawirohardjo, 2010)



c) ASI matur

ASI matur keluar setelah hari ke-14 dan seterusnya. ASI matur akan terlihat lebih encer daripada susu sapi, akan tetapi ASI banyak mengandung nutrisi yang sangat dibutuhkan oleh bayi (Prawirohardjo, 2014)

1) Protein

Kadar protein ASI paling rendah berkisar 1,3 g/ml pada bulan pertama dengan rata-rata 1,155 g/100 ml dihitung berdasarkan total nitrogen x 6,25. ASI mengandung whey protein dan casein. Casein adalah protein yang sukar dicerna dan whey protein adalah protein yang membantu menyebabkan isi pencernaan bayi menjadi lebih lembut atau mudah dicerna oleh usus bayi

2) Lemak

Lemak ASI terdiri dari *trigliserid* (98-99%) dengan enzim lipase akan terurai menjadi *trigliserol* dan asam lemak. *Enzim lipase* tidak hanya terdapat pada sistem pencernaan bayi, tapi juga dalam ASI. Lemak ASI lebih mudah dicerna karena sudah dalam bentuk emulsi. Salah satu keunggulan lemak ASI adalah kandungan asam lemak *esensial*, *decosahexaenoic acid* (DHA) dan *arachonic acid* (AA) yang berperan penting sampai usia anak 1 tahun

3) Vitamin

(a) Vitamin yang larut dalam lemak

Vitamin A adalah suatu vitamin yang penting dan tinggi kadarnya dalam kolostrum dan menurun pada ASI biasa. ASI adalah sumber vitamin A yang baik dengan konsentrasi sekitar 200 IU/dl. Vitamin yang larut dalam lemak lainnya yaitu vitamin D, E, dan K

(b) Vitamin yang larut dalam air

Vitamin C, asam nicotinic, B12, B1 (tiamin), B2 (riboflavin), B6 (piridoksin) sangat dipengaruhi oleh makanan ibu, namun untuk ibu dengan status gizi normal, tidak perlu diberi tambahan suplemen

4) Zat besi

Meskipun ASI mengandung sedikit zat besi (0,5-1,0 mg/liter), namun bayi yang menyusu jarang terkena anemia. Bayi lahir dengan cadangan zat besi dari ASI diserap dengan baik (>70%) dibandingkan dengan penyerapan 30% dari susu sapi dan 10% dari susu formula

5) Zat anti infeksi

ASI mengandung anti infeksi terhadap berbagai macam penyakit, seperti penyakit saluran pernapasan atas, diare, dan penyakit saluran pencernaan

6) Laktoferin

Laktoferin banyak dalam ASI (1-6 mg/ml), tapi tidak dalam susu sapi. Laktoferin bekerjasama dengan IgA untuk menyerap zat besi dari pencernaan sehingga menyebabkan teredarnya suplai zat besi yang dibutuhkan organisme patogenik, seperti *Escherichia coli* (*E. coli*) dan *Candida albicans*. Oleh karena itu, pemberian suplemen zat besi kepada bayi menyusu harus lebih dipertimbangkan

7) Faktor bifidus

Faktor bifidus dalam ASI meningkatkan pertumbuhan bakteri baik dalam usus bayi (*Lactobacillus bifidus*) yang melawan pertumbuhan bakteri patogen (seperti *shigela*, *salmonela*, dan *E.coli*), yang ditandai dengan Ph rendah (5-6), bersifat asam, dari tinja bayi

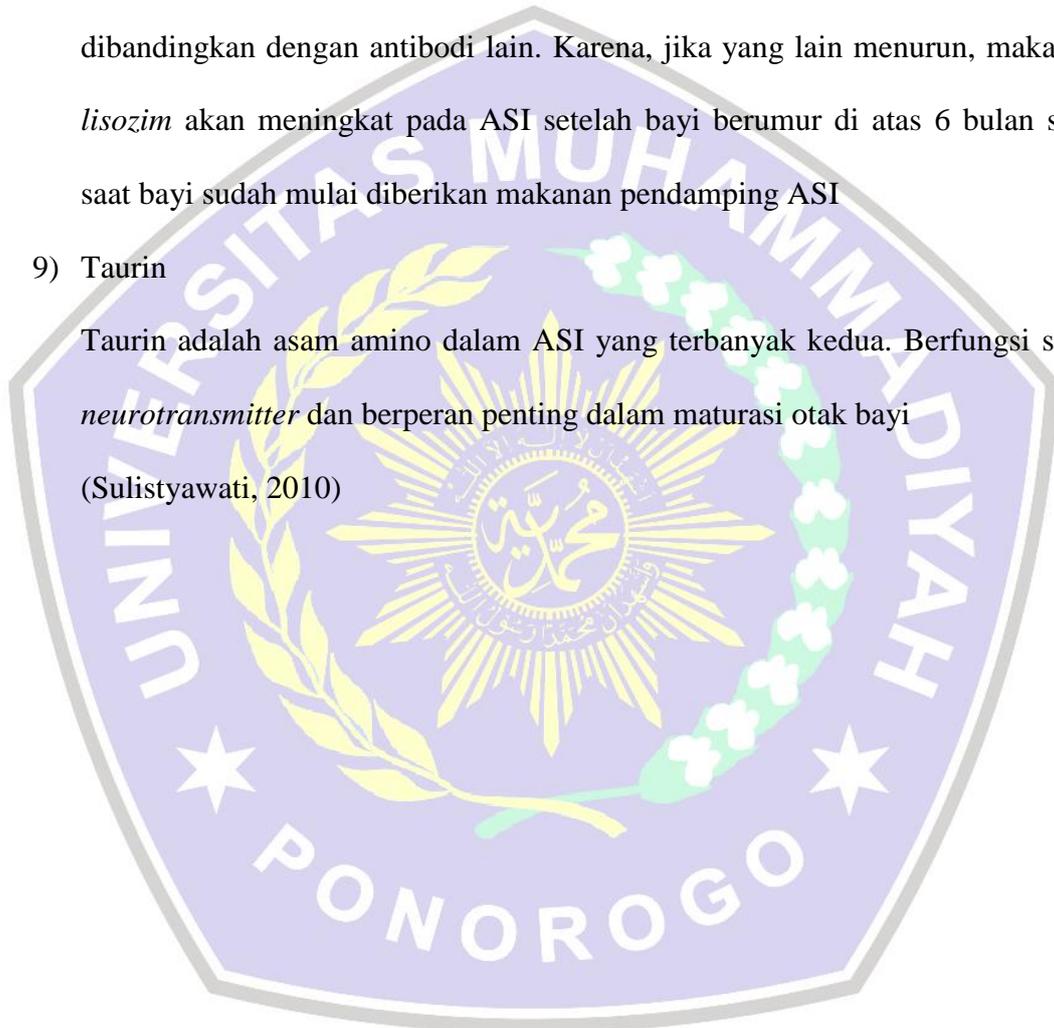
8) Lizozim

Lizozim dapat melawan serangan *E.coli* dan *salmonela*, serta lebih unik dibandingkan dengan antibodi lain. Karena, jika yang lain menurun, maka kadar *lizozim* akan meningkat pada ASI setelah bayi berumur di atas 6 bulan sampai saat bayi sudah mulai diberikan makanan pendamping ASI

9) Taurin

Taurin adalah asam amino dalam ASI yang terbanyak kedua. Berfungsi sebagai *neurotransmitter* dan berperan penting dalam maturasi otak bayi

(Sulistyawati, 2010)



4. Posisi dan cara menyusui yang benar

a) Posisi ibu dan bayi yang benar

1) Duduk

Untuk posisi duduk, ibu dapat memilih beberapa posisi tangan dan bayi yang paling nyaman

2) Berbaring miring

Ini posisi yang amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan napas bayi agar tidak tertutup oleh payudara

b) Cara menyusui yang benar

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang prokulusus dan memperkuat refleks menghisap bayi

1) Langkah-langkah perlekatan atau menyusui yang benar

(a) Cuci tangan sebelum menyusui

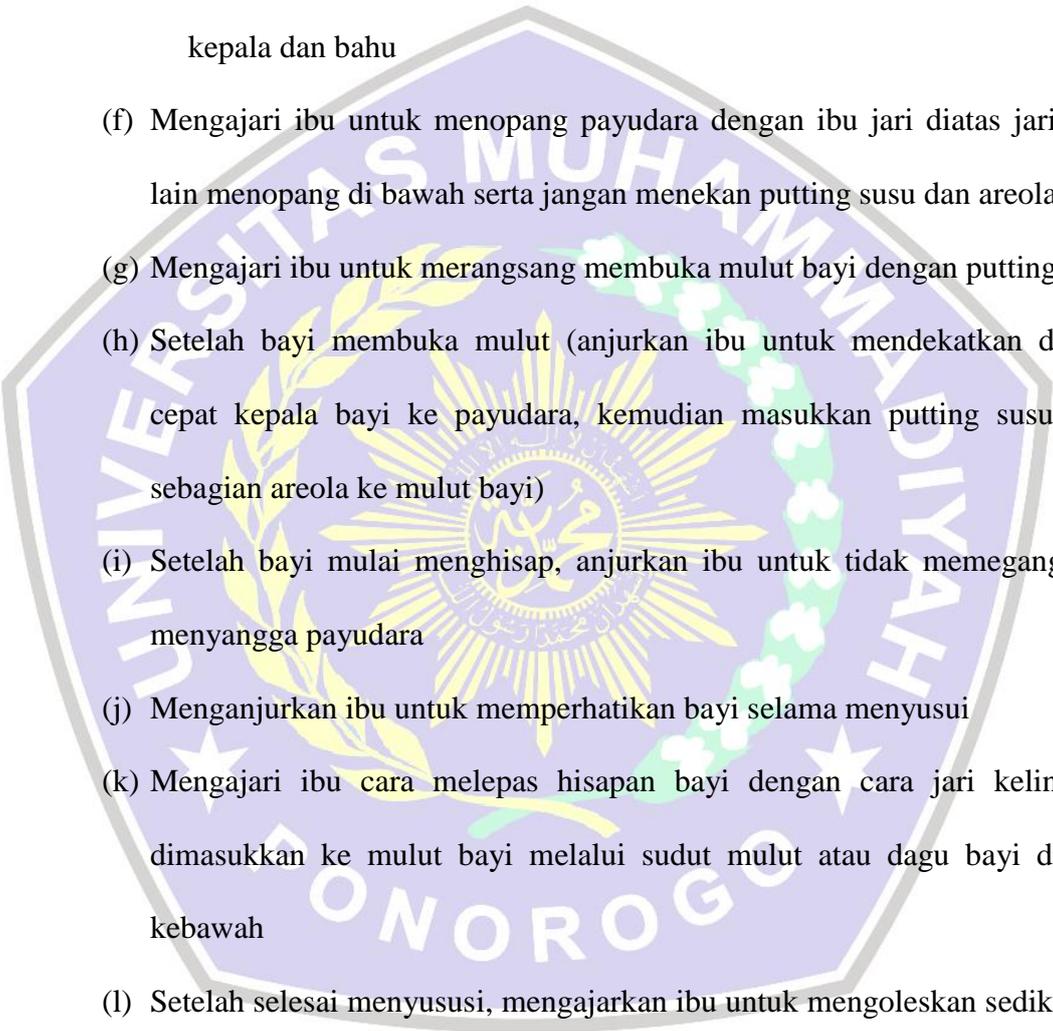
(b) Ibu duduk dan berbaring dengan santai (bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak menggantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi)

(c) Mempersilahkan dan membantu ibu membuka pakaian bagian atas

(d) Sebelum menyusui, bersihkan puting sampai areola dengan kapas dibasahi air hangat (DTT) lalu ASI dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan sekitar areola payudara (cara ini memiliki manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu)

(e) Jelaskan pada ibu bagaimana teknik memegang bayinya

(1) Kepala dan badan bayi berada pada satu garis

- 
- (2) Perut bayi menempel pada perut ibu dengan meletakkan satu tangan bayi dibelakang badan ibu dan tangan satu ke depan
- (3) Muka bayi menghadap payudara, sedangkan hidung menghadap ke arah putting susu
- (4) Ibu harus memegang bayinya berdekatan dengan ibu
- (5) Untuk BBL, ibu harus menopang badan bayi bagian belakang disamping kepala dan bahu
- (f) Mengajari ibu untuk menopang payudara dengan ibu jari diatas jari yang lain menopang di bawah serta jangan menekan putting susu dan areolanya
- (g) Mengajari ibu untuk merangsang membuka mulut bayi dengan puting susu
- (h) Setelah bayi membuka mulut (anjurkan ibu untuk mendekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara, kemudian masukkan puting susu serta sebagian areola ke mulut bayi)
- (i) Setelah bayi mulai menghisap, anjurkan ibu untuk tidak memegang atau menyangga payudara
- (j) Menganjurkan ibu untuk memperhatikan bayi selama menyusui
- (k) Mengajari ibu cara melepas hisapan bayi dengan cara jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu bayi ditekan kebawah
- (l) Setelah selesai menyusui, mengajarkan ibu untuk mengoleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola, biarkan kering dengan sendirinya

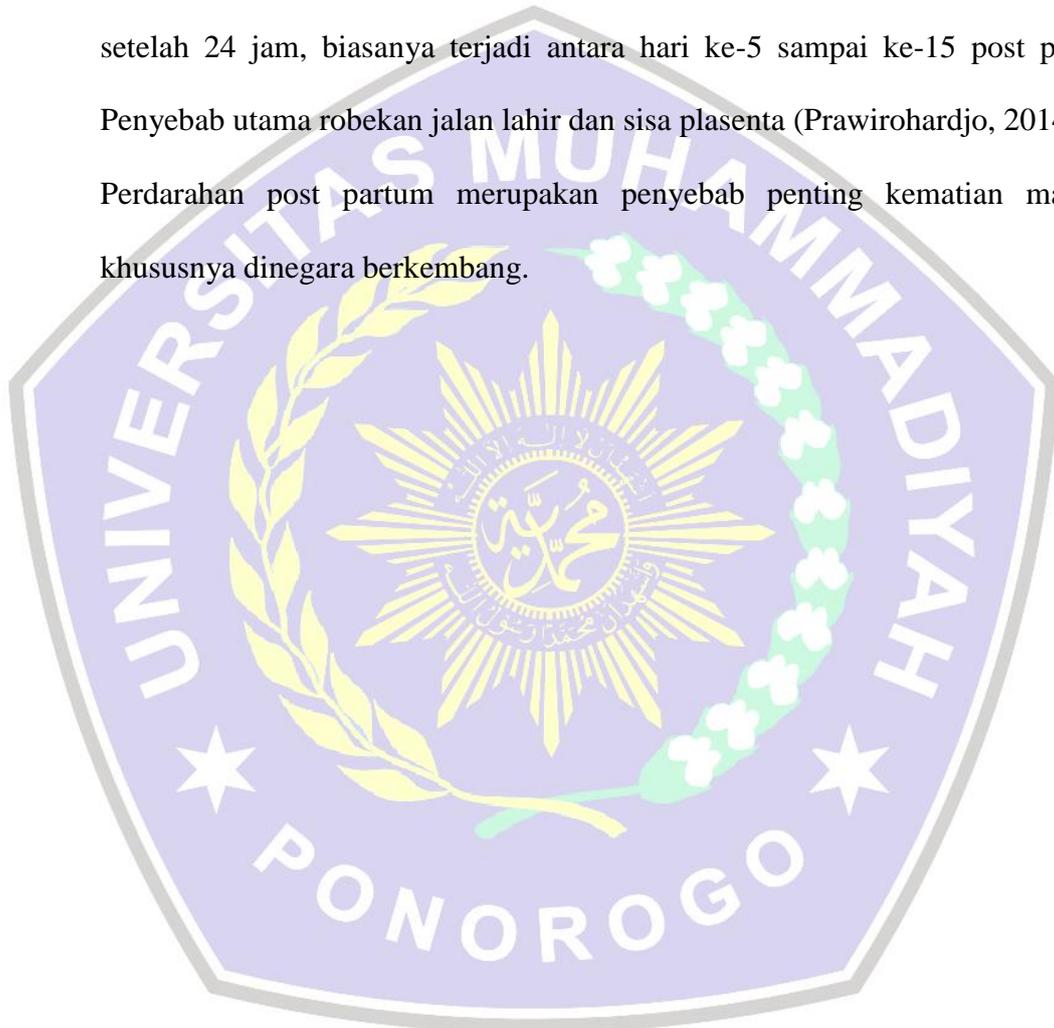
(Marliandiani, 2015)

H. Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan postpartum adalah lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2014)

Menurut waktu terjadinya dibagi atas 2 bagian :

- a) Perdarahan postpartum *primer (Early Post Partum Hemorrhage)* yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah aonia 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 (Prawirohardjo, 2014) Perdarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya dinegara berkembang.



Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah :

- a) GrandeMultipara
- b) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
- c) Persalinan yang dilakukan dengan indakan: pertolongan kala uri sebelum waktunya, perolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa (Manuaba, 2013)

2. Sub involusi uterus (pengecilan rahim yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian.

Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut sub involusi (Yudiana, 2016)

Faktor penyebab sub involusi antara lain : sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2014)

Pada persalinan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lembek dari seharusnya, fundus lebih tinggi, lochea banyak dan berbau dan idak jarang pula perdarahan.

3. Infeksi pada masa nifas

Infeksi masa nifas atau *sepsis puerpuralis* adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (*Rupture membrane*) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut : nyeri pelvik, demam 38,5°C atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus.

4. Keadaan abnormal pada 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 lokal pada mammae, pematatan pada mammae dan terjadi perubahan warna kulit mammae (Haryani, 2010)



I. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Marmi (2017) berikut ini merupakan aturan waktu dan bentuk asuhan yang wajib diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas.

Tabel 2.3
Asuhan Kunjungan Nifas Normal

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I		Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
		Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.

	6-8 jam post partum	<p>Memberi konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri</p> <p>Pemberian ASI awal.</p> <p>Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</p> <p>Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.</p> <p>Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.</p>
II	6 hari post partum	<p>Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.</p> <p>Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.</p> <p>Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.</p> <p>Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup.</p> <p>Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</p> <p>Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</p>
III	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	<p>Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.</p> <p>Memberikan konseling KB secara dini.</p>

Sumber : Marmi, 2017

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran yang berusia 0-28 hari dan memerlukan penyesuaian

ian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup baik (Marmi, 2012). Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-40 minggu dengan berat badan 2500-4000 gram (Vivian dkk, 2010)

B. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan 2500-4000 gram
3. Panjang badan 48-52 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm

6. Lingkar lengan 11-12
7. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit
8. Pernafasan \pm 40-60x/menit
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemas
12. Nilai apgar >7
13. Gerak aktif
14. Bayi lahir langsung menangis kuat
15. Reflek rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16. Reflek sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
17. Reflek moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
18. Reflek grasping (menggenggam) sudah baik
19. Genetalia
 - a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis akan berlubang
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora
20. Eliminasi baik ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan. (Dewi dkk, 2011)

C. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

1. Berdasarkan usia kehamilan
 - a) Neonatus kurang bulan (Preterm infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu)
 - b) Neonatus cukup bulan (term infant) : 259-294 (37-42 minggu)

- c) Neonatus lebih bulan (postterm infant) : > 294 hari (42 minggu)
- 2. Berdasarkan berat lahir
 - a) Neonatus berat badan lahir rendah : < 2500 gram
 - b) Neonatus berat badan lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Neonatus berat lahir lebih : > 4000 gram

(Muslihatun, 2010)

D. Proses Bayi Baru Lahir

Menurut (Marmi, 2014)

1. Periode Reaktivitas

Periode reaktivitas dimulai dari masa persalinan dan berakhir pada 30 menit. Selama periode ini, detak jantung cepat dan denyut tali pusat terlihat. Warna bayi baru lahir memperlihatkan sianosis sementara atau akrosianosis. Mata bayi terbuka dan menunjukkan perilaku terjaga. Bayi mungkin menangis, terkejut, atau mencari puting susu ibu. Selama periode terjaga ini setiap usaha harus untuk memfasilitasi kontak antara ibu dan bayi. Bayi sering kali mengeluarkan feses segera setelah lahir dan bising usus biasanya muncul 30 menit setelah lahir.

2. Periode reaktivitas II

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

3. Periode tidur

Tahap kedua transisi berlangsung sekitar 30 menit setelah kelahiran sampai 2 jam. Frekuensi jantung menurun selama periode ini, hingga kurang dari 140x/menit. Bayi dalam keadaan tidur nyenyak. Bising usus ada, tetapi kemudian berkurang. Apabila memungkinkan, bayi baru lahir jangan diganggu untuk pemeriksaan-pemeriksaan mayor atau untuk di mandikan selama periode ini. Tidur nyenyak yang pertama memungkinkan bayi baru lahir pulih dari tuntutan kelahiran dan transisi segera ke kehidupan ekstrasuteri

E. Penanganan Bayi Baru Lahir

1. Membersihkan jalan napas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah bayi lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan napas dengan cara sebagai berikut :

- a) Letakkan bayi pada posisi ditempat yang datar, keras dan hangat
- b) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang
- c) Rongga mulut, tenggorokan bayi dan hidung bayi dengan jari tangan yang dibungkus dengan steril
- d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain yang kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis
 - 1) Alat penghisap lendir mulut (DeLee) atau alat penghisap lain yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus telah siap ditempat
 - 2) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung

- 3) Petugas harus memantau dan mencatat usaha napas yang pertama
 - 4) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan
 - e) Bantuan untuk memulai pernapasan mungkin diperlukan untuk mewujudkan ventilasi yang adekuat. Dokter atau tenaga medis lain hendaknya melakukan pemompaan bila setelah 1 menit bayi tak bernapas
2. Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan alkohol 70 % atau povidon iodine 10 % serta dibalut kasa steril. Pembalut tersebut di ganti setiap hari dan setiap tali basah/kotor
 3. Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur suhu tubuh badan, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuh bayi sudah stabil. Suhu tubuh bayi harus di catat
 4. Memberikan vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar 0,25-0,5 %. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi

vitamin K per oral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi beresiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM

5. Memberikan obat salep/tetes mata

Dibeberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oftalmia neonatorum. Di daerah dimana prevalensi gonorea tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1 % dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual)



6. Identifikasi bayi

Apabila bayi dilahirkan ditempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada bayi setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya sampai waktu bayi di pulangkan.

- a) Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, dikamar bersalin, dan di ruang bayi
- b) Alat yang digunakan hendaknya anti air, dengan tepi yang halus dan tidak mudah melukai, tidak mudah sobek, dan tidak mudah lepas
- c) Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum
 - 1) Nama (Bayi, Nyonya)
 - 2) Tanggal lahir
 - 3) Nomor bayi
 - 4) Jenis kelamin
 - 5) Unit
 - 6) Nama lengkap ibu
- d) Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi, sidik telapak kaki dan sidik jari ibu harus di cetak di catatan yang tidak mudah hilang. Sidik telapak kaki bayi harus dibuat oleh personil yang berpengalaman menerapkan cara ini, dan dibuat dalam catatan bayi. Bantalan sidik kaki harus disimpan dalam ruangan bersuhu kamar. Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkar kepala, lingkar perut dan catat dalam rekam medik (Saifuddin, 2011)

F. Penilaian APGAR SCORE

Skor apgar dinilai pada menit pertama, menit kelima, dan menit kesepuluh setelah bayi lahir. Untuk mengetahui perkembangan keadaan bayi. Namun dalam situasi tertentu, skor apgar juga dinilai pada menit ke 10, 15, dan 20 hingga total skor 10 (Saifuddin, 2011)

Pengkajian pertama pada bayi dilakukan pada saat lahir dengan menggunakan nilai apgar dan melalui pemeriksaan fisik singkat. Sistem penilaian ini adalah alat klinis yang berguna untuk mengidentifikasi neonatus yang membutuhkan resusitasi serta menilai efektivitas setiap tindakan resusitasi. Klasifikasi nilai APGAR :

1. Nilai 7-10 : bayi normal
2. Nilai 4-6 : bayi asfiksi ringan-sedang
3. Nilai 0-3 : bayi asfiksi berat

Skor apgar dinilai pada menit pertama, menit ke lima, dan menit kesepuluh setelah bayi lahir. Untuk mengetahui keadaan bayi tersebut. Namun dalam situasi tertentu, skor apgar juga dinilai pada menit ke 10, 15 dan 20 hingga total skor 10 (Sujiyatini, 2011)

G. Macam-macam Reflek pada Bayi

1. Refleks melangkah (*Stepping*)

Bayi akan mengerak gerakan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014)

2. Refleks menelan (*Swallowing reflex*)

Kumpulan ASI didalam mlut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2011)

3. Refleks berkedip (*Glabbellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan maa pada 4-5 ketikan pertama (Marmi dkk, 2012)

4. Refleks menghisap (*Sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu

5. Refleks mencari (*Rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya

6. Refleks menggenggam (*Grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi di stimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi dkk, 2012)

7. Refleks terkejut (*Morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dan ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya

8. Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperktensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi dkk, 2012)

9. Refleks menoleh (*Tonikneck reflex*)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012)

H. Perubahan fisiologis bayi baru lahir

1. Sistem kardiovaskuler

Nafas pertama yang di hembuskan bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan menurunkan retensi vaskuler pulmuner, sehingga darah paru mengalir. Tekanan arteri pulmoner menurun. Rangkaian peristiwa ini merupakan mekanisme besar yang menyebabkan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah pulmoner kembali meningkat ke jantung dan akan masuk ke jantung bagian kiri, sehingga tekanan dalam atrium meningkat. Perubahan tekanan ini menyebabkan foramen ovale menutup (Saifuddin, 2010)

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 140x/menit. Saat lahir dengan variasi berkisar 12-16x/menit. Frekuensi saat bayi tidur berbeda dengan bayi bangun. Pada usia 1 minggu, frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 128x/menit sampai

163x/menit. Tekanan darah sistolik bayi bayi baru lahir biasanya 78 dan tekanan diaolik rata-rata 42. Tekanan darah berbeda pada bulan pertama kehamilan. Volume darah bayi baru lahir bervariasi dari 80-100ml/kg selama beberapa hari pertama dan meningkat dua kali lipat pada akhir tahun pertama (Rahayu, 2017)

2. Sistem ginjal

Fungsi ginjal dalam kehidupan janin dengan beban kerja yang minimal sampai bayi lahir. Urine berwarna jernih dan tidak berbau. Ginjal bayi baru lahir memperlihatkan penurunan laju literasi glomerulus. Hal ini dapat menimbulkan dengan mudah retensi cairan dan intoksikasi air (Saiffudin, 2010)

Bayi baru lahir mengkresi dengan jumlah kecil urine pada 48 jam pertama kehidupan, seringkali hanya sebanyak 30-60 ml. Seharusnya tidak terdapat protein atau darah dalam urine bayi baru lahir (Saiffudin, 2010)

3. Sistem cernagastrointestinal

Sistem gastrointestinal pada bayi baru lahir cukup bulan relatif sudah matang. Sebelum lahir, janin cukup bulan melakukan hisapan dan gerakan menelan. Reflek muntah dan batuk yang sudah sempurna tetap utuh pada saat lahir. Mekonium kendati steril, mengandung kotoran cairan amnion, yang menegaskan bahwa janin telah menelan cairan amnion dan bahwa cairan tersebut telah melewati saluran gastrointestinal. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas. Banyak keterbatasan ini berkaitan dengan beragamnya enzim pencernaan dan hormon yang terdapat pada semua bagian saluran gastrointestinal dari mulut hingga intestin. Bayi baru lahir kurang mampu untuk mencerna lemak dan protein dibandingkan dengan orang dewasa. Kemampuan bayi baru lahir yang efisien terutama dalam penyerapan glukosa, asalkan jumlah glukosa tidak terlalu banyak (Saifuddin, 2010)

4. Sistem imunologi

Sel-sel tubuh memberikan fungsi imunitas yang terdapat pada saat lahir guna untuk membanu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing. Tiga sel yang berfungsi dalam fagositosis (menelan dan membunuh) mikroorganisme yang menyerang tubuh. Ketiga sel darah ini adalah :

- a) Neutrofit polimorfomuklear
- b) Monosit
- c) Makrofag

Sedangkan sel-sel yang lain disebut sel pembunuh alami (natural killer) (Saifuddin, 2010)

5. Sistem skelet

Tulang-tulang neonatus lunak karena tulang tersebut sebagian besar terdiri kartilago yang hanya mengandung dengan sejumlah kecil kalsium (Saifuddin, 2011)

6. Sistem neuromuskuler

Pada saat lahir otot bayi lambat dan lentur, otot-otot tersebut memiliki tonus kemampuan untuk berkontraksi ketika dirangsang. Tetapi bayi kurang memiliki kemampuan untuk mengontrolnya. Sistem persarafan bayi cukup berkembang untuk bertahan hidup tetapi belum terintegrasi secara sempurna (Saifuddin, 2011)

7. Sistem termall

Suhu tubuh normal pada bayi 36,5-37,5 °C. Hipotermia terjadi pada waktu suhu tubuh turun dibawah 36,5 °C. Bayi baru lahir sangat peka terhadap hipotermia selama periode stabilisasi pada 6-12 jam setelah kelahiran. Kurangnya kontrol termal pada neonatus akibat perubahan suhu lingkungan dikarenakan belum dapat mengatur suhu tubuh sendiri yang disebabkan ketidakmatangan hipotalamus, regulasi temperatur tidak efisien dan bayi masih rentan terkena hipotermia bila suhu dingin, ketika basah, dan ketika tidak bergerak bebas atau kurang gizi (Saifuddin, 2011)

I. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

ASI merupakan makanan terbaik untuk bayi yang mengandung zat gizi sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas dan kuantitas. ASI diberikan sesuai keinginan bayi, biasanya bayi akan merasa lapar setiap 2-4 jam. Jangan berikan susu formula sebelum bayi berusia 6 bulan. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke-2 energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2014)

2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari, biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna khas feses (Marmi, 2014)

3. Istirahat dan tidur

Dalam waktu 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangan yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu

panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Vivian, 2011)

4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai setidaknya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Manuaba, 2013)

5. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal. Akan tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saiffudin, 2011)

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit akan membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Marmi, 2014)

J. Masalah pada Bayi Baru Lahir

1. Bayi rewel

Bayi rewel atau menangis tidak selalu karena lapar, rewel bisa disebabkan mengompol, kepanasan/kedinginan, terlalu lelah atau ingin tidur, ingin ditimang, atau mendengar suara ibunya, merasa sendiri atau memang adayang tidak nyaman/nyeri pada tubuhnya.

2. Bayi kolik

Bayi kolik ditandai dengan tangisan bayi begitu keras tanpa sebab yang jelas dan amat sulit ditenangkan disertai gerakan bayi menekuk kakinya ke arah perut atau berusaha menggerakkan/mengangkat punggungnya. Kolik kerap dikaitkan dengan masalah pada saluran cerna bayi, alergi pada makanan atau masala psikologi bayi dan keluarga. Pertumbuhan kolik umumnya normal.

3. Gumoh

Gumoh normal dialami oleh sebagian besar pada bayi usia 0-12 bulan. Gumoh bukan muntah. Gumoh yaitu keluarnya sebagian isi lambung tanpa dahului rasa mual dan tanpa peningkatan tekanan dalam perut bayi. Isi lambung mengalir keluar begitu saja. Bayi kurang bulan umumnya lebih sering mengalami gumoh dibanding bayi cukup bulan.

4. Hidung tersumbat

Hidung tersumbat adalah keluhan yang umum dijumpai sehari-hari pada usia 0-3 bulan. Bayi mutlak bernapas melalui hidung, sehingga sedikit saja ada sumbatan dihidungnya yang masih kecil itu, maka gejala hidung tersumbat akan segera terdengar. Hidung tersumbat dapat disebabkan oleh pilek yang sebagian besar disebabkan oleh virus atau peradangan ringan akibat polusi udara (asap rokok, asap dalam rumah tangga)

5. Cradle Cap (kerak kopi)

Kerak kopi umumnya timbul pada minggu pertama, namun dapat juga terjadi pada usia lebih dari 3-4 bulan. Kulit kepala bayi tampak dilapisi oleh lapisan kerak yang cukup tebal dan berminyak. Kadang kerak juga dapat dijumpai pada bagian kulit seperti wajah, telinga, leher dan ketiak. Umumnya tidak gatal dan bayi tidak merasa terganggu. Kulit ini penyebabnya pada sebagian besar kasus tidak diketahui dan akan menghilang dengan sendirinya. Penggunaan shampo secara rutim dapat mengurangi lapisan kerak yang terbentuk dan mempercepat proses penyembuhan. Bila kerak cukup tebal dapat digunakan shampo yang mengandung bahan antiketombe. Bila kerak tidak membaik setelah 2 minggu atau kerak disertai dengan gatal atau nyeri atau meluas, bayi perlu dirujuk.

6. Mongolian (bercak kebiruan)

Pada bayi Asia bercak kebiruan tampak pada daerah bokong, punggung atau bagian bawah pundak. Bercak ini akan menghilang (berubah menjadi seperti warna kulit lainnya) seiring dengan bertambahnya usia

7. Milia

Tampak seperti jerawat kecil-kecil warna putih pada dahi, hidung dan pipi bayi baru lahir. Milia disebabkan oleh tersumbatnya kelenjar sebase (minyak) pada kulit. Tidak perlu pengobatan khusus, akan menghilang dengan sendirinya. Basuh wajah dengan air bersih dan sabun bayi, serta hindari penggunaan krim ataupun lotion

8. Miliaria

Miliaria lebih dikenal dengan istilah biang keringat akibat tersumbatnya kelenjar keringat. Membuat bayi nyaman, memakai pakaian tipis dan ringan, segera mengganti baju bila basah. Miliaria umumnya hanya bersifat sementara

(Kemenkes, 2012)

K. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60x/menit, retraksi dada saat inspirasi
2. Suhu tubuh terlalu panas atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)
3. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
4. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk, berdarah
5. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), berbau busuk, pernafasan sulit
6. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelairan, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, feses hijau/berlendir/darah
7. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak bisa tenang
8. Menangis terus menerus
9. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan
(Muslihatun, 2010)

L. Penyuluhan Bayi Sebelum Pulang

1. Perawatan tali pusat

Bidan hendanya menasihati ibu supaya tidak membubuhkan apapun pada daerah sekitar tali pusat karena dapat mengakibatkan infeksi. Hal ini disebabkan karena meningkatnya kelembapan (akibat penyerapan oleh bahan tersebut) badan bayi sehingga menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri (Dewi, 2010)

2. Pemberian ASI

Beberapa topik yang diberikan kepada ibu sebelum kembali kerumah terkait dengan perawatan bayi meliputi :

- a) Menyediakan nutrisi yang ideal untuk bayi baru lahir. Harus on demand (sekehendak bayi) dan ASI eksklusif 6 bulan
- b) Menyediakan antibody untuk melindungi bayi dari infeksi (kolostrum)
- c) Mempercepat hubungan kasih sayang ibu dan anak (bonding attachment)
- d) Posisi menyusui yang benar dan tanda bayi menghisap dengan benar (Rochmah, 2011)

- 1) Cara menyusui dengan sikap duduk

- (a) Duduk dengan posisi santai dan tegak menggunakan kursi yang rendah supaya kaki ibu tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi
- (b) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit

- 2) Melepas hisapan bayi

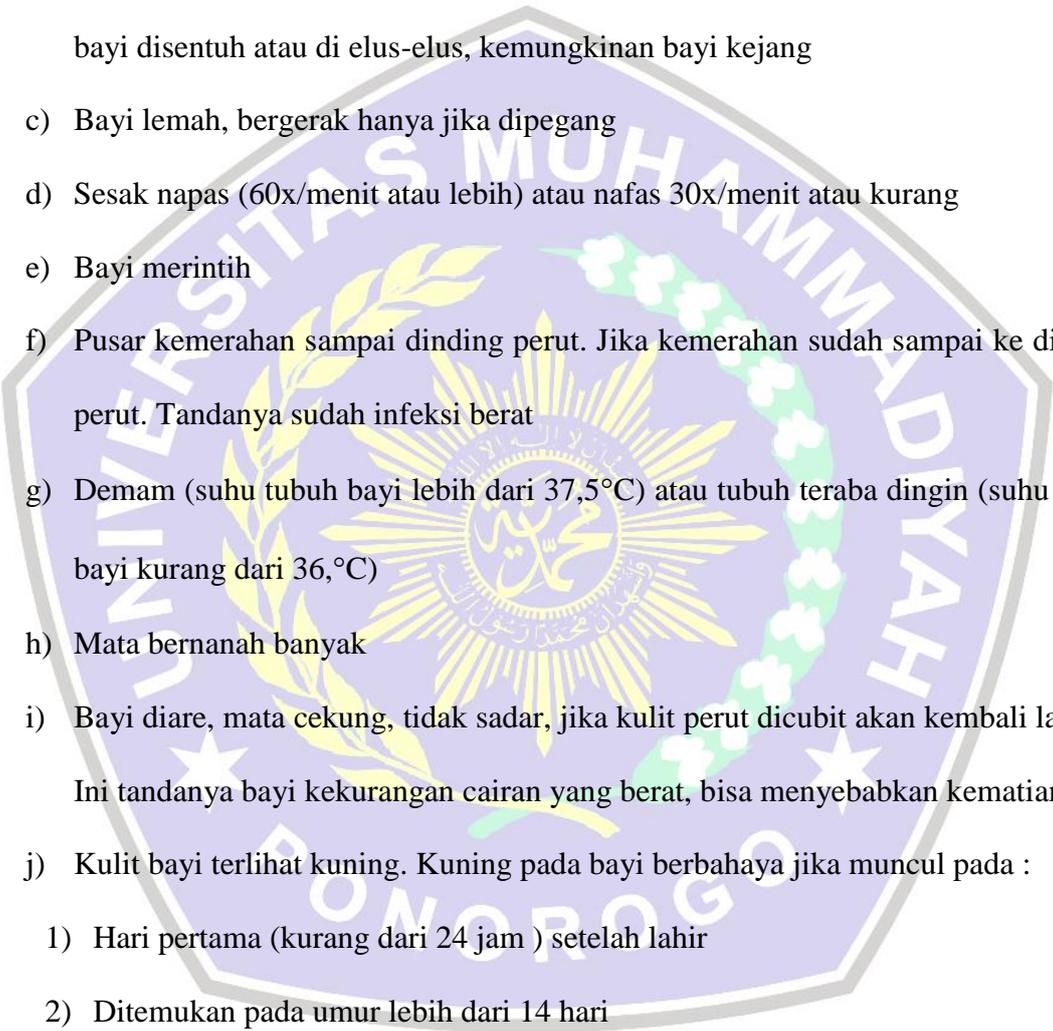
- 3) Menyusui berikutnya dimulai pada payudara yang sebelum terkosongkan (yang dihisap terakhir)

- 4) Menyendawakan bayi (Rochmah dkk, 2011)

3. Jaga kesehatan bayi

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

4. Tanda-tanda bahaya

- 
- a) Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum, ini tanda bayi terkena infeksi berat
- b) Bayi kejang. Kejang pada bayi baru lahir kadang suli dibedakan dengan gerakan normal. Jika melihat gejala gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, menghisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki seperti mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau di elus-elus, kemungkinan bayi kejang
- c) Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang
- d) Sesak napas (60x/menit atau lebih) atau nafas 30x/menit atau kurang
- e) Bayi merintih
- f) Pusar kemerahan sampai dinding perut. Jika kemerahan sudah sampai ke dinding perut. Tandanya sudah infeksi berat
- g) Demam (suhu tubuh bayi lebih dari 37,5°C) atau tubuh terasa dingin (suhu tubuh bayi kurang dari 36,°C)
- h) Mata bernanah banyak
- i) Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini tandanya bayi kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian
- j) Kulit bayi terlihat kuning. Kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada :
- 1) Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir
 - 2) Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari
 - 3) Kuning sampai ketelapak tangan atau kaki

Bila menemukan salah satu dari tanda-tanda bahaya diatas, sebaiknya segera membawa bayi ke petugas kesehatan baik dokter maupun bidan

5. Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata “*imun*” yang berarti kebal atau resisten. Imunisasi merupakan pemberian kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan sesuatu ke dalam tubuh supaya tahan terhadap penyakit yang sedang mewabah atau berbahaya bagi seseorang (Lisnawati, 2011)

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat ke dalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral (Dewi, 2010)

M. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatal adalah bentuk kontak neonatus (0-28 hari) dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan kesehatan dengan syarat usia 0-7 hari minimal 2 kali (KN 1) dan usia 8-28 hari minimal 1 kali (KN 2) di dalam atau diluar instansi kesehatan.

1. Kunjungan Neonatal I (KN 1)

Dilakukan pada kurun waktu 0-7 hari setelah bayi lahir. Asuhan kebidanan yang diberikan antara lain :

- a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
- b) Menjaga kebersihan kuli bayi
- c) Perawatan tali pusat
- d) Pemberian ASI eksklusif
- e) Periksa ada atau tidak tanda-tanda infeksi pada bayi
- f) Memberikan imunisasi Hb 0

2. Kunjungan Neonatal II (KN 2)

Dilakukan pada kurun waktu 8-28 hari setelah lahir. Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu :

- a) Menjaga kesehatan tubuh bayi

- b) Memberikan ASI eksklusif
- c) Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
- d) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG

(Kumalasari, 2015)



2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. (Affandi, 2012)

Keluarga berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 adalah upaya untuk peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga keil, bahagia dan sejahtera (Marmi, 2014)

B. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. (Sulistiyawati, 2013)

C. Sasaran Keluarga Berencana

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

1. Sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan
2. Secara tidak langsung adalah pelaksanaan dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga berencana
 - a) Menurunnya TFR menjadi sekitar 2,2 per perempuan

- b) Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat atau cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6 %
 - c) Meningkatkan peserta KB laki-laki menjadi 4,5 %
 - d) Meningkatkan rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun
 - e) Meningkatkan partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak
 - f) Meningkatkan jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
 - g) Meningkatkan jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional
- (Marmi, 2012)

D. Dampak Keluarga Berencana

1. Implikasi program KB terhadap bidang pendidikan

a) Aspek mikro

Merupakan komposisi penduduk dari komposisi *expensivpe* menjadi kemampuan *constructive* dan *stationare*. Perubahan ini berpengaruh pada pengembangan antara kebutuhan sarana dan melaksanakan investasi dibidang pendidikan

b) Aspek makro

Dengan ber-KB menuju keluarga kecil akan memberi peluang lebih untuk menyekolahkan anak. Ukuran yang lazim dipakai dalam bidang pendidikan adalah :

1) Angka partisipasi kasar

Indikator ini mengukur proporsi anak sekolah pada jenjang pendidikan tertentu dalam kelompok umur jenjang pendidikan tersebut. APK biasanya

diterapkan untuk jenjang pendidikan sampai dengan usia 7-12 tahun, usia 13-15 tahun dan SLTA 16-18 tahun

2) Angka partisipasi murni

Indikator ini mengukur proporsi anak yang bersekolah pada kelompok umur tertentu pada tingkat yang sesuai dengan kelompok umur tersebut. APM selalu lebih rendah dibandingkan dengan APK karena pembilangnya lebih kecil sementara penyebutnya sama. Nilai APM yang mendekati 100% menunjukkan hampir semua penduduk bersekolah tepat waktu sesuai dengan usia sekolah pada pendidikannya

3) Angka partisipasi huruf

Angka huruf melek adalah presentase penduduk yang memiliki kemampuan membaca dan menulis huruf latin dan atau lainnya. Indikator ini menggambarkan mutu SDM yang diukur dalam aspek pendidikan. Semakin tinggi nilai indikator ini, semakin tinggi mutu SDM suatu masyarakat. Untuk mempertajam analisis batasan usia dapat diubah sesuai kebutuhan

4) Pendidikan yang ditawarkan

Indikator ini menunjukkan keterkaitan sistem pendidikan dalam mendidik kelompok dewasa penduduk dewasa

5) Rata-rata lama sekolah

Rata-rata sekolah dihitung dengan menggunakan dua variabel secara stimulant yaitu tingkat atau kelas yang sedang/pernah dijalani dengan jenjang pendidikan tertingginyang ditamatkan

2. Implikasi program KB terhadap angkatan kerja

Angkatan kerja adalah penduduk yang berumur 10 tahun ke atas dan selama seminggu yang lalu mempunyai pekerjaan, baik bekerja maupun sementara tidak

bekerja karena suatu sebab seperti sedang menunggu panen, pegawai sedang cuti dan pekerja kelas profesional (dukun/dalang) yang sedang menunggu pekerjaan akan tetapi sedang mencari pekerjaan dan mendapat imbalan berupa balas jasa. Pengaruh program kerja terhadap angkatan kerja adalah mereduksi pendidik usia kerja dengan merubah komposisi penduduk usia kerja dengan merubah komposisi penduduk dari ekspansi menjadi produktif

3. Pengaruh implikasi pelaksanaan program KB terhadap kehidupan sosial ekonomi

Kehidupan sosial ekonomi dalam hal ini tidak lepas dari pengembangan ekonomi. Pembangunan ekonomi dapat ditingkatkan sebagai suatu proses dimana Riil Nasional Income naik secara terus menerus dalam jangka waktu lama. Kenaikan Riil Nasional Income dipengaruhi oleh beberapa faktor dominan, antara lain : Pendapatan (Y), Konsumsi (K), Tabungan/Saving (S), dan Investor (I)

Secara makro pengaruh pelaksanaan program KB terhadap pembangunan ekonomi banyak berkaitan dengan kebutuhan dan kemampuan Negara untuk melakukan investasi (penanaman modal). Semakin tinggi laju pertumbuhan penduduk akan berpengaruh terhadap semakin tingginya akan investasi. Pof.DR.Soemitro Djoyohadikusumo mengemukakan apabila tingkat investasi suatu negara tidak dapat mengimbangi tingkat laju pertumbuhan penduduknya, maka akan berakibatt pada penurunan kualitas kehidupan masyarakatnya.

Setiap 1% penambahan penduduk di Indonesia memerlukan 4% investasi dari GNP nya. Secara makro pengaruh program KB terhadap kehidupan ekonomi keluarga adalah pada rasionalisme tingkat pengeluaran (konsumsi) keluarga atau rumah tangga. Semakin besar jumlah anggota keluarga akan semakin besar pula pemenuhan kehidupannya.

4. Pengaruh program KB terhadap kehidupan budaya

Aspek budaya yang banyak dipengaruhi dan mempengaruhi pelaksanaan program KB adalah pada perilaku atau tingkah laku pada pola pikir yang rasional dan bertanggung jawab, kebersihan lingkungan.

E. Cara kerja kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi adalah sebagai berikut :

1. Mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi
2. Melumpuhkan sel sperma
3. Menghalangi pertemuan sel telur dan sperma

(Kumalasari, 2015)

F. Macam-macam KB

1. Metode MAL (Metode Amenorea Laktasi)

a) Pengertian metode MAL (Metode Amenorea Laktasi)

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, yang artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya. MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif untuk menekan ovulasi. MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi bila:

- 1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), lebih efektif bila pemberian ≥ 8 kali sehari
- 2) Belum haid
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

(Affandi, 2012)

b) Efektivitas

Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar, jika dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan (Kemenkes RI, 2013)

c) Cara kerja MAL

Penekanan ovulasi (Manuaba, 2013)

d) Keuntungan MAL

- 1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan)
- 2) Segera efektif
- 3) Tidak mengganggu senggama
- 4) Tidak ada efek samping secara sistemik
- 5) Tidak perlu pengawasan medis
- 6) Tidak perlu obat atau alat
- 7) Tanpa biaya

e) Keterbatasan MAL

Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan supaya segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan dikarenakan kondisi sosial, efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan, tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS (Affandi, 2012)

f) Indikasi

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya bermur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan (Hanafi, 2010)

g) Kontra indikasi

- 1) Sudah mendapat haid setelah bersalin
- 2) Tidak menyusui secara eksklusif

- 3) Bayi berumur lebih dari 6 bulan
- 4) Bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam (Affandi, 2012)

2. Kondom

a) Pengertian kondom

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

b) Macam-macam kondom

- 1) Kondom biasa
- 2) Kondom berkontur (bergerigi)
- 3) Kondom beraroma
- 4) Kondom tidak beraroma

c) Cara kerja

- 1) Kondom menghalangi terjadinya peneman sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan
- 2) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil) (Affandi, 2012)

d) Keuntungan

Murah, mudah di dapat, tidak memerlukan pengawasan medis, berfungsi ganda, dan dipakai oleh kalangan yang berpendidikan

e) Kerugian

Kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermisidis, dan sulit di pasarkan kepada masyarakat dengan pendidikan rendah. Kondom yang dipakai bersamaan dengan pantang berkala mempunyai ke efektifitas yang makin meningkat

f) Petunjuk pemakaian

Bila kondom tidak di ujung penampang, sisakan 1-2 cm di ujung kondom untuk penampang ejakulat. Cabut penis sebelum ereksi hilang, pegang gelang kondom (bagian pangkal) supaya sperma tidak tumpah. Jangan gunakan pelumas (Minyak sayur, baby oil, dll)

3. Kb pil progestin

a) Pengertian

Pil progestin atau minipil bukan merupakan penghambat ovulasi karena selama pemakaian pil mini kadang ovulasi masih dapat terjadi (Anwar, 2011)

b) Cara kerja

- 1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium
- 2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
- 3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- 4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Hanafi, 2010)

c) Keuntungan

- 1) Tidak mempengaruhi ASI
- 2) Kesuburan cepat kembali
- 3) Nyaman dan mudah digunakan
- 4) Sedikit efek samping
- 5) Tidak mengandung esterogen

(Anwar, 2012)

d) Indikasi

- 1) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
- 2) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- 3) Perokok segala usia
- 4) Hipertensi
- 5) Tidak boleh menggunakan esterogen

(Williams, 2012)

e) Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Riwayat kanker payudara
- 3) Sering lupa minum pil
- 4) Mioma uterus
- 5) Riwayat stroke (Marmi, 2012)

4. Kb suntik 3 bulan

a) Pengertian

Suntikan depo provera adalah 6-alfa medroksiprogesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parental, memiliki efek pregestagen yang kuat dan sangat efektif. Kontrasepsi ini sangat cocok untuk program postpartum karena tidak

mengganggu laktasi dan terjadinya amenorea setelah suntikan (Anwar, 2011).

Terdapat 2 jenis kontrasepsi suntik 3 bulan :

- 1) Depo medroksi progesteron asetat (depo pravera) mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara disuntikan secara IM
- 2) Depo noretisteron enantat (depo noristerat), mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan sekali dengan cara di suntikan IM

b) Cara kerja

Mencegah ovulasi, mengentalkan lendir servik sehingga kemampuan penetrasi sperma menurun, menjadikan selaput lendir tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi gamet oleh tuba (Affandi, 2012)

c) Keuntungan

- 1) Sangat efektif, 0,3 kehamilan per 100 perempuan pertahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur dan sesuai jadwal yang telah ada
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- 3) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri
- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- 5) Tidak mempengaruhi produksi ASI
- 6) Sedikit efek samping
- 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- 8) Bisa digunakan oleh wanita usia >35 tahun sampai pre menopause
- 9) Dapat membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- 10) Dapat menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- 11) Dapat menurunkan krisis anemia bulan sabit

d) Keterbatasan

- 1) Sering ditemui gangguan haid seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting) dan tidak haid sama sekali
- 2) Klien sangat bergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan
- 3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sampai suntikan berikutnya
- 4) Permasalahan berat badan merupakan efek samping yang sering terjadi
- 5) Tidak menjamin terhadap penularan IMS
- 6) Terlambatnya pengembalian kesuburan setelah penghentian pemakaian, hal ini bukan karena terjadinya kerusakan atau kelainan organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan)
- 7) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas), dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, dan jerawat

e) Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Nulipara dan yang telah meemiliki anak
- 3) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- 4) Pasca salin atau tidak menyusui
- 5) Setelah keguguran/abortus
- 6) Sudah memiliki banyak anak tetapi tidak menginginkan tubekomi
- 7) Tidak bisa memakai kontrasepsi yang mengandung esterogen
- 8) Sering lupa mengonsumsi pil

- 9) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil kombinasi
- f) Kontraindikasi
- 1) Hamil atau diduga hamil
 - 2) Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya
 - 3) Tidak dapat menerima gangguan haid, terutama amenorea
 - 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
 - 5) Diabetes melitus disertai komplikasi
 - 6) Perokok
 - 7) Tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg dengan masalah gangguan pembekuan darah dan anemia bulan sabit
- g) Waktu mulai penggunaan
- 1) Setiap saat selama siklus haid jika sudah dipastikan klien tidak hamil
 - 2) Mulai hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid
 - 3) Pada klien yang tidak haid, injeksi pertama bisa diberikan setiap saat jika pasien sudah dipastikan tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual
 - 4) Klien yang memakai kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntik progestin, jika klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi tersebut dengan benar dan sudah dipastikan tidak terjadi kehamilan, suntikan dapat diberikan setiap saat. Tidak perlu menunggu haid berikutnya datang
 - 5) Bila klien sedang memakai jenis kontrasepsi lain dan ingin mengganti dengan suntikan progesteron, suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntik yang sebelumnya

- 6) Klien yang memakai kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan progesterin, suntikan dapat diberikan asal klien tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Jika pemberian suntikan setelah hari ke-7 siklus haid, maka selama 7 hari setelah suntikan tidak diperbolehkan berhubungan seksual
- 7) Klien yang ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat diberikan selama hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid, atau dapat diberikan setelah hari ke tujuh siklus haid tetapi dipastikan klien tidak hamil (Affandi, 2012)

5. Kb suntik 1 bulan

Suntikan kombinasi mengandung hormone esterogen dan progesteron yang diberikan setiap 1 bulan sekali

- a) Keuntungan
 - 1) Diberikan setiap 4 minggu
 - 2) Pengguna suntikan cyclofem mendapat menstruasi
 - 3) Pemberian aman, efektif dan relatif murah
- b) Indikasi
 - 1) Usia reproduksi
 - 2) Telah memiliki anak atau belum memiliki anak
 - 3) Ingin mendapat kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
 - 4) Menyusui ASI pascapersalinan lebih dari 6 bulan
 - 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui
 - 6) Anemia
 - 7) Nyeri haid hebat
 - 8) Haid teratur

- 9) Riwayat kehamilan ektopik
 - 10) Sering menggunakan pil kombinasi
- c) Kontraindikasi
- 1) Hamil atau diduga hamil
 - 2) Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan
 - 3) Perdarahan pervaginaan yang belum diketahui penyebabnya
 - 4) Penyakit hati akut
 - 5) Usia ≥ 35 tahun dan perokok
 - 6) Keganasan payudara
 - 7) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah tinggi ($\geq 180/110$ mmHg)
 - 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migran
- d) Waktu mulai penggunaan
- 1) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid, tidak diperlukan kontrasepsi tambahan
 - 2) Bila suntikan pertama diberikan pada hari ke-7 siklus haid, klien tidak boleh berhbngan seksual selama 7 hari/menggunakan kontrasepsi tambahan selama 7 hari
 - 3) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat tetapi dapat dipastikan pasien tidak dalam keadaan hamil
 - 4) Bila klien pascapersalinan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan tetapi pastikan klien tidak hamil
 - 5) Bila klien pascapersalinan lebih dari 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan tetapi pastikan klien tidak hamil

- 6) Ibu pascapersalinan kurang dari 6 bulan dan menyusui jangan diberikan suntikan kombinasi
- 7) Bila pascapersalinan kurang dari 3 minggu dan tidak menyusui dapat diberikan suntikan
- 8) Ibu yang sedang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar suntikan kombinasi dapat diberikan tanpa menunggu haid
- 9) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya (Pinem, 2011)

6. Implant

Kontrasepsi hormonal, bisa berisi 6 buah (Norplant), 2 buah (Endo-plant) dan 1 buah (Implanon). *Sustained Released*. Dipasang dibawah kuli lengan atas tangan kiri (*Right handed*). Progesteron (Levonorgestrel).

a) Cara kerja :

Mekanisme kerjanya sebagai progesterone yang dapat menghalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lendir servik dan menghalangi migrasi spermatozoa dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi (Manuaba, 2013)

b) Keuntungan

- 1) Dipasang selama 5 tahun
- 2) Kontrol medis ringan
- 3) Dapat dilayani di daerah pedesaan
- 4) Penyakit medis tidak terlalu tinggi

5) Biaya murah

(Manuaba, 2013)

c) Kerugian

1) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan tidak teratur

2) Berat badan bertambah

3) Menimbulkan acne/jerawat, ketegangan payudara

4) Liang senggama terasa kering (Manuaba, 2013)

d) Indikasi

1) Usia reproduksi

2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang

3) Ibu menyusui

4) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak menginginkan kontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi)

5) Pasca kegguran atau abortus

6) Sering lupa mengonsumsi pil

7) Wanita dengan kontraindikasi hormone esterogen

(Kumalasari, 2015)

e) Kontraindikasi

1) Hamil atau diduga hamil

2) Perdarahan pervagina yang belum diketahui penyebabnya

3) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

4) Diabetes Militus (DM)

5) Varises

6) Penyakit jantung atau darah tinggi

7) Tidak menerima perubahan menstruasi yang terjadi

(Kumalasari, 2015)

f) Efek samping

1) Amenorea

2) Perdarahan bercak (spoting)

3) Ekspulsi

4) Infeksi pada daerah insersi

5) Berat badan naik

(Saifuddin, 2013)

7. AKDR atau IUD

a) Pengertian

AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik lentur, memiliki lilitan tembaga atau mengandung hormon dan dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Kumalasari, 2015)

IUD berukuran kecil, plastik lentur dengan lengan atau kawat tembaga disekitarnya. Seorang pemberi layanan kesehatan yang terlatih secara khusus memasang pada rahim seorang wanita melalui vagina dan leher rahim (Wilopo, 2015)

b) Jenis-jenis IUD di Indonesia

1) Copper-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelene dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek antifertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik

IUD ini melepaskan levonorgestrel dengan konsentrasi yang rendah minimal 5 tahun. Dari hasil penelitian menunjukkan efektivitas yang tinggi dalam mencegah kehamilan yang tidak direncanakan maupun perdarahan menstruasi. Kerugian metode ini adalah tambahan terjadinya efek samping hormonal dan amenorea

2) Multi load

IUD ini terbuat dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm. Batangnya diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambah efektivitas. Ada ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil) dan mini

3) Lippes loop

IUD ini terbuat dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya. Lippes loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru) tipe B 27,5 mm (benang hitam) tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan 30 mm (tebal, benang putih) untuk tipe D. Lippes loop mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan lain dari pemakaian spiral jenis ini ialah terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik. Yang banyak dipergunakan dalam program KB nasional adalah KB jenis ini.

c) Cara kerja

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

3) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi wanita dan mengurangi sperma untuk fertilisasi

d) Efektivitas

IUD sangat efektif (efektivitasnya 92-94%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Tipe multiload dapat dipakai sampai 4 tahun : nova T dan cooper T 200 (CuT-200) dapat di pakai 3-5 tahun : per 100 pemakai wanita pada tahn pertama pemakaian

e) Indikasi

Prinsip pemasangan ialah menempatkan IUD setinggi mungkin dalam rongga rahim (cavum uteri). Saat pemasangan yang paling baik yaitu pada waktu mulut peranakan masih terbuka dan rahim dalam keadaan lunak. Misalnya 40 hari setelah bersalin dan pada akhir haid. Yang boleh menggunakan IUD adalah :

- 1) Usia reproduksi
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Menginginkan penggunaan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Menyusui dan menginginkan penggunaan kontrasepsi
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- 6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- 7) Resiko rendah dari IMS
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal
- 9) Tidak menyukai mengingat ingat minm pil setiap hari
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama
- 11) Perokok
- 12) Gemuk ataupun kurus

13) Pemasangan IUD dapat dilakukan oleh dokter atau bidan yang telah dilatih secara khusus. Pemeriksaan secara berkala harus dilakukan setelah pemasangan satu minggu, lalu setiap bulan selama tiga bulan berikutnya. Pemeriksaan selanjutnya dilakukan setiap enam bulan sekali

f) Kontra indikasi

- 1) Belum pernah melahirkan
- 2) Adanya perkiraan atau dugaan hamil
- 3) Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti : pendarahan yang tidak normal dari alat kemaluan, pendarahan di leher rahim, dan kanker rahim
- 4) Pendarahan vagina yang tidak diketahi penyebabnya
- 5) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servikitis)
- 6) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic
- 7) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim

g) Keuntungan

- 1) Efektif dengan segera
- 2) Tidak ada interaksi obat
- 3) Reversible dan sangat efektif
- 4) Tidak terkait dengan coitus

h) Kerugian

Setelah pemasangan, beberapa wanita mungkin merasa nyeri dibagian perut dan perdrahan sedikit (spotting). Ini berjalan selama 3 bulan setelah pemasangan. Tapi tidak perlu terlalu resah, karena biasanya setelah itu keluhan akan hilang dengan sendirinya. Tetapi apabila setelah 3 bulan kelhan masih berlanjut, dianjurkan untuk memeriksa ke dokter pada saat pemasangan, sebaiknya tidak

terlalu tegang, karena hal ini juga menimbulkan rasa nyeri pada bagian perut dan harus segera ke klinik jika :

- 1) Mengalami keterlambatan haid yang disertai tanda-tanda kehamilan : mual, pusing, mual muntah
- 2) Terjadi perdarahan yang lebih banyak (lebih hebat) dari haid biasa
- 3) Terdapat tanda infeksi, diantaranya keputihan, suhu badan meningkat, menggigil, dan lain sebagainya
- 4) Sakit, misalnya perut, pada saat bersenggama. Segeralah untuk pergi ke dokter jika menemukan gejala di atas

i) Efek samping dan komplikasi

Efek samping umum terjadi. Perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi, saat haid lebih sakit/nyeri. Komplikasi lain : merasa sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang terjadi apabila pemasangan benar)

j) Waktu pemasangan

Pemasangan IUD sebaiknya dilakukan pada saat :

- 1) 2 sampai 4 hari setelah melahirkan
- 2) 40 hari setelah melahirkan
- 3) Setelah terjadinya abortus/kegguran
- 4) Hari ke 3 haid sampai hari ke 10 dihitung dari hari pertama
- 5) Menggantikan metode KB lainnya

(Sikarni, 2013)

8. Kontrasepsi mantap

a) Tubektomi

1) Pengertian

Tubektomi ialah suatu metode kontrasepsi bagi perempuan yang sudah tidak ingin memiliki anak lagi. Memerlukan prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah klien tepat untuk menggunakan metode kontrasepsi ini

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi yang efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitas tubektomi :

- (a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan
- (b) Ada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan)
- (c) Efektivitas kontrasepsi terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Affandi, 2012)

Jarang sekali ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Keuntungan tubektomi adalah mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PRP). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium. Resiko tubektomi : walaupun jarang, tetapi dapat terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anastesi. Penggunaan anastesi lokal sangat mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anastesi umum (Affandi, 2012)

2) Profil tubektomi

- (a) Sangat efektif pada faktor senggama

- (b) Baik untk klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius
 - (c) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal
 - (d) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
 - (e) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium) (Affandi, 2012)
- 3) Tubektomi sesuai untuk
- (a) Pasangan yang tidak ingin memiliki anak lagi
 - (b) Ibu pascapersalinan
 - (c) Ibu menyusui
 - (d) Tidak ingin menggnakan kontrasepsi yang harus dipakai atau disiapkan setiap waktu
 - (e) Wanita dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan
 - (f) Penggunaan kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola haid (Affandi, 2012)
- 4) Keterbatasan tubektomi
- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi
 - (b) Klien bisa menyesal dikemudian hari
 - (c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum)
 - (d) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
 - (e) Dilakukan oleh dokter terlatih (dokter spesialis ginekologi/spesialis bedah untuk proses laparoskopi)
 - (f) Tidak melindungi dari IMS, termasuk BBV dan HIV/AIDS

5) Indikasi

- (a) Usia ≥ 26 tahun
- (b) Paritas ≥ 2
- (c) Yakin telah mempunyai keluarga besar yang sesuai dengan kehendaknya
- (d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
- (e) Pascakegguran
- (f) Pahan dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini (Affandi, 2012)

6) Kontraindikasi

- (a) Hamil
- (b) Perdarahan pervagina yang belum terjelaskan (hingga harus di evaluasi)
- (c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau di kontrol)
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilisasi di masa depan
- (f) Belum memberikan persetujuan tertulis

7) Waktu penggunaan

- (a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil
- (b) Hari ke-6 hingga ke-13 dan siklus menstruasi (fase proliferasi)
- (c) Pascapersalinan
 - (1) Minilap : di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu
 - (2) Laparoskopi : tidak tepat untuk klien pascapersalinan
- (d) Pascakegugran

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

(2) Triwulan kedua : dalam waktu hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja)

b) Vasektomi

1) Pengertian

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin memiliki anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah klien tersebut sesuai untuk menggunakan metode ini. Vasektomi :

- (a) Disebut juga sebagai metode kontrasepsi operatif laki-laki
- (b) Metode permanen untuk pasangan yang tidak ingin memiliki anak lagi
- (c) Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak mencapai vasikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen
- (d) Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis
- (e) Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang (Affandi, 2012)

2) Efektivitas

- (a) Setelah masa pengosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada ahun pertama penggunaan

- (b) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisi sperma) masih adanya sperma pada

3) Manfaat

- (a) Sangat efektif
- (b) Permanen
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Tidak ada efek samping jangka panjang
- (e) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- (f) Baik untuk pasangan jika kehamilan akan menyebabkan risiko kesehatan bagi wanita tersebut
- (g) Pembedahan sederhana dibawah anastesi lokal

4) Indikasi

- (a) Pria usia reproduktif <50 tahun
- (b) Menginginkan metode kontrasepsi yang sangat efektif
- (c) Istri yang bermasalah usia, paritas atau kesehatan yang mungkin akan menimbulkan risiko
- (d) Memahami dan sukarela memberi izin untuk pemasangan prosedur tersebut
- (e) Merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan

5) Kontra indikasi

- (a) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual tidak stabil
- (b) Penyakit sistemik, perdarahan, DM, jantung koroner
- (c) Kelainan skrotum dan sekitarnya
- (d) Infeksi kulit lokal

(e) Infeksi traktus genitalia



2.2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

A. Data Subyektif

1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti :

- a) Nama : Untuk dapat mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama. (Romauli, 2016)
- b) Usia/tanggal lahir : Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat antara (20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum maangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis. (Manuaba, 2013)
- c) Agama : Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2013)
- d) Pendidikan terakhir : Sebagai dasar bidan utuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba, 2013)
- e) Pekerjaan : Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya, data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Varney, 2007)
- f) Suku/bangsa : Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Marmi, 2014)

g) Alamat : Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan
(Ambarwati, 2010)

2. Keluhan Utama

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani dkk, 2011). Keluhan yang menyebabkan ibu memeriksakan diri biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan. Ibu 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, terjadi perdarahan, atau rasa 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, 2013)

3. Riwayat Menstruasi

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

- a) Umur menarce
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal

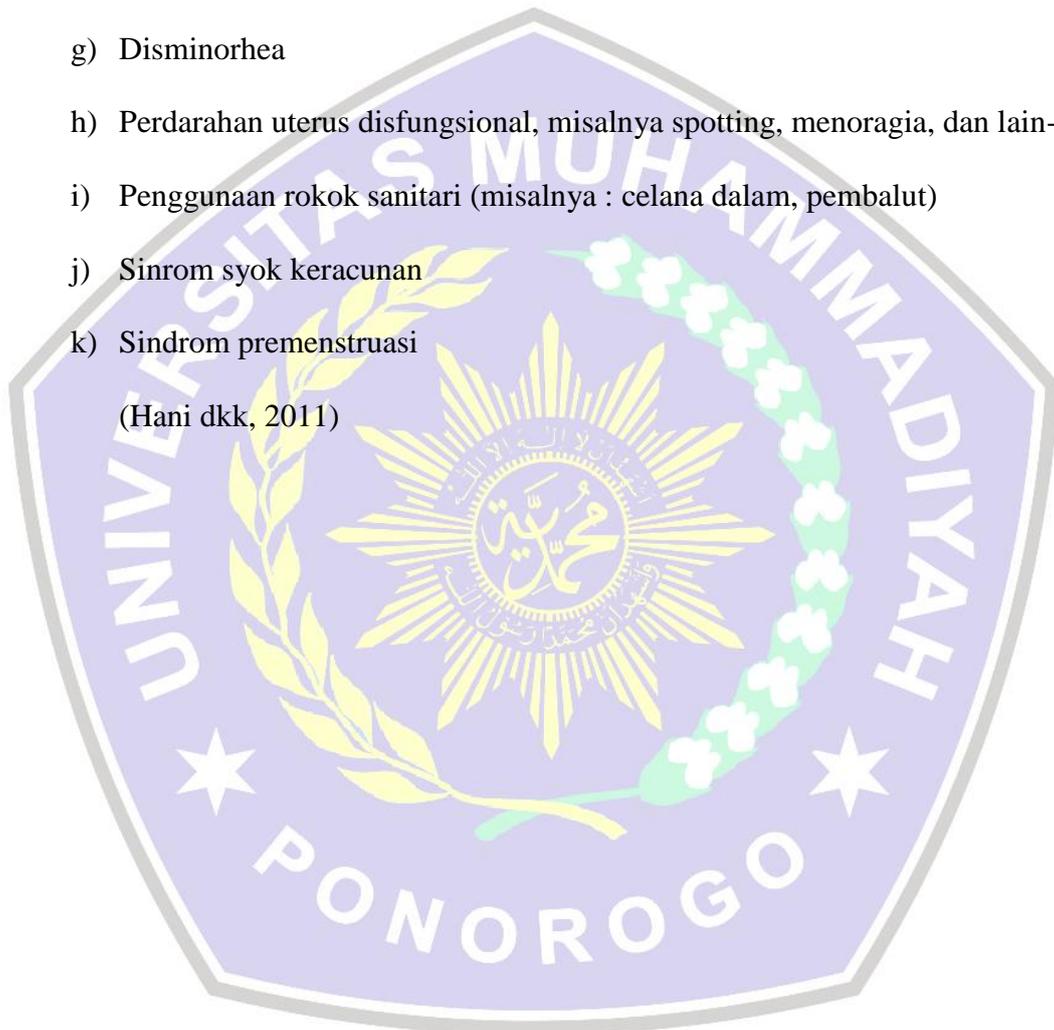
Menurut Mohtar (2012), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegle :

TTP = (hari HT+7) dan (bulan HT-3) dan (tahn HT+1) untuk siklus 28 hari
+x hari

Menurut Sunarti (2013) perhiungan berdasarkan tanggal, contohnya hari pertama haid normal terakhir 2 Februari, caranya, ambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan.jadi perkiraan persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

- g) Disminorhea
- h) Perdarahan uterus disfungsional, misalnya spotting, menoragia, dan lain-lain.
- i) Penggunaan rokok sanitari (misalnya : celana dalam, pembalut)
- j) Sinrom syok keracunan
- k) Sindrom premenstruasi

(Hani dkk, 2011)



4. Riwayat Obstetri

a) Gravida/Para

b) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)

c) Kehamilan yang lalu

1) Tanggal persalinan

2) Usia gestasi

3) Tempat lahir

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

5) Masalah obstetrik, 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 seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

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

5. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menenukan 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, 2011)

6. Riwayat KB

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

7. Riwayat Kesehatan Keluarga

- a) Usia ayah dan ibu juga statusnya (hidup atau mati)
- b) Kanker
- c) Penyakit jantung
- d) Hipertensi
- e) Diabetes
- f) Penyakit ginjal
- g) Penyakit jiwa
- h) Kelainan bawaan
- i) Kehamilan ganda
- j) TB (Tuberkulosis)
- k) Epilepsi
- l) Kelainan darah (anemia dan lain-lain)
- m) Alergi
- n) Kelainan genetik
- o) Riwayat keturunan kembar

(Hani dkk, 2011)



8. Pola Fungsi Kesehatan

a) Nutrisi

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makan hingga 300 kalori per hari, mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cairan cukup (menu seimbang).

Menurut (Saiffudin, 2011) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu :

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Pre-eklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 8,5 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ayam, ikan, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema.

3) Kalsium

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

4) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mg. minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari peningkatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging 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 pematang 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 2.4

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 gram	60 mg
Vit A	3500 gram	500 IU
Vit C	75 gram	40 mg

Asam folat	180 gram	400 gram
------------	----------	----------

Sumber : (Marmi, 2012)



Tabel 2.5
Contoh menu makanan dalam sehari untuk 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 mangkok	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	Makan selingan: susu 1 gelas dan buah potong sedang
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	Makan siang: nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Minyak	2 gelas	Makan malam: nasi 2,5 porsi (259 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas
Gula	2 sendok makan	

Sumber : (Marmi, 2012)

b) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gestasional sehingga menurunkan tonus dan motility lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi. Penekanan kandung kemih karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan sering buang air kecil. (Rukiyah, 2011)

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuluskeleta : persendian *sakro-iliaka*, *sakro koksigia* dan publik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi

berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, 2011)

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, 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 betulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, 2011)

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 terkait, kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri (Varney, 2007)

f) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dengan air dan keringkan (Saifuddin, 2012)

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 di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang

terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineprin, dan CO₂ meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi, 2014)

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan meningkatkan wanita efek potensial jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2014)

3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi berisiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan erlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2014)

9. Riwayat Psikososial dan Budaya

Satatus perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertama kali, status pernikahan sah/tidak, lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2012)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

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

- 1) Baik : jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami keergantungan dalam berjalan.
- 2) Lemah : pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2012)

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010)

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Beresiko mengalami pre-eklamsia (Marmi, 2014). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia (Manuaba, 2013)

2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai *hipootridisme* jika denyut nadi > 100x/menit (Marmi, 2011)

3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. bila suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Mochtar, 2015)

4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 permenit (Mochtar, 2015)

5) Antropometri

(a) Tinggi badan

Tubuh pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014)

(b) Berat badan

Peningkatan berat badab optimal untuk rata-rata kehamilan adalah 12,5 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 metabolik, asupan diet, muntah atau diare, merokok, jumlah cairan amniotik dan ukuran janin, semuanya harus diperhitungkan. Usia maternal, ukuran tubuh 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 massa tubuh prekehamilan (Body Mass Indexs) 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 massa tubuh (IMT) sebelum hamil, yaitu kilogram BB (TB dalam m²) atau pon BB/(inchi TB)² nilai BB dan TB yang digunakan adalah sebelum hamil. Kemudian hasil perhitungan IMT dikonsultasikan pada tabel berikut ini :

Tabel 2.6
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa

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
Gemeli		16-20,5

Sumber : (Saiffudin, 2011)

(c) Lingkar lengan atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah *Kurang Energi Kronis* (KEK) (Saiffudin, 2011)

2. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Rambut bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Saiffudin, 2011)

b) Muka

Bersih atau terdapat cloasma gravidarum, edema atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak, muka yang pucat menandakan adanya kelainan tertentu (Romauli, 2011)

c) Mata

Bentuk mata simetris atau tidak, konjungtiva anemis atau merah muda, sklera mata putih atau kuning, konjungtiva yang anemis menandakan anemia atau kelainan lainnya (Mochtar, 2015)

d) Hidung

Bentuk hidung simetris atau tidak, terdapat secret atau tidak, terdapat polip atau tidak (Mochtar, 2015)

e) Mulut dan gigi

Mukosa bibir lembab, kering atau pecah-pecah, apakah terdapat caries gigi atau tidak, bibir yang kering menandakan kekurangan vitamin C atau ada kelainan lainnya. (Mochtar, 2015)

f) Telinga

Bentuk telinga apakah simetris kanan kiri, apakah terdapat cerumen atau tidak (Mochtar, 2015)

g) Leher

Normal atau tidak. ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Mochtar, 2015)

h) Dada/payudara

1) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia.

- 2) Kesimetrisan gerak napas.
- 3) Frekuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen).
- 4) Auskultasi paru (bunyi napas normal, rales, ronkhi, mengi, *fiction rub*, bunyi tambahan lain).
- 5) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *spritting*, gesekan, *thrill*).
- 6) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau tidak), *hiperpigmentasi* areola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breas Holder* (BH)

7) Ketiak

Pemeriksaan ketiak dilakukan dengan mengamai apakah terdapat benjolan yang abnormal di daerah sekitar ketiak atau tidak (Romauli, 2011)

i) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, *striae*, *linea*, TFU, hasil pemeriksaan palpasi leopard, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010)

- 1) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi* (Mochtar, 2015)

2) Ukuran janin

Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan perhitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU(cm)-n x 155=TBJ). Bila kepala diatas *spina*

ischiadica maka n-12. Bila kepala diatas *ischiadica* maka n-11 = 11
(Varney, 2011)



Tabel 2.7
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah, antara simfisis pubis atau umbilicus
20 minggu	20 cm (\pm 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (\pm 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (\pm 2 cm)	Ditengah antara umbilicus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (\pm 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (\pm 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber : (saifuddin, 2012)

3) Tafsiran berat janin

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012) menurut rumusnya Johnson tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-n) x 155= berat badan (g). Bila kepala diatas atau pada spina iskiadika maka n=12, dan bila kepala dibawah spina iskiadika maka n=11. Tafsiran Berat Janin (TBJ) sesuai usia kehamilan trimester III menurut (Manuaba, 2010)

Tabel 2.8
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan rimester III

Usia kehamilan (bulan)	Berat janin (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : (Manuaba, 2013)

4) Letak dan presentasi

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

Leopold I : Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus.

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2013). Menurut (Marni, 2011) langkah-langkah pemeriksaan leopold I yaitu :

- (a) Kaki klien dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (b) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat ke arah muka penderita
- (c) Rahim dibawa ketengah
- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan

Leopold II : Untuk mengetahui letak janin, memanjang atau melintang dan bagian janin sebelah kiri atau kanan

Menentukan batas samping rahim kanan atau kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan panjang. Variasi Buddin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan fundus. Variasi Ahfeld dengan mentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakan di tengah perut (Manuaba, 2013).

Menurut Marmi (2012) langkah-langkah leopold II :

- (a) Kedua tangan pindah ke samping

(b) Tentukan dimana letak punggung, cari bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan letak punggung. Terkadang, disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang

Variasi Buddin : Menentukan letak punggung dengan salah satu tangan menekan pada fundus, tangan lain meraba punggung janin (Manuaba, 2013)

Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2013)

Leopold III : Untuk menentukan bagian terbawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian terbawah janin sudah masuk panggul.

Menurut Marmi (2012), langkah-langkah leopold III :

- (a) Menggunakan satu tangan
- (b) Bagian terbawah ditentukan antara ibu jari dan jari-jari lainnya
- (c) Cobalah bagian bawah masih bisa digoyangkan

Leopold IV: Menentukan bagian terbawah janin, dan seberapa jauh sudah masuk PAP.

Jika 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, 2013)

Menurut Marmi (2012) langkah leopold IV :

- (a) Pemeriksa menghadap ke arah kaki klien

- (b) Dengan kedua tangan ditentukan bagian terbawah
- (c) Menentukan bagian terbawah sudah masuk PAP dan seberapa jauh masuk ke dalam rongga panggul
- (d) Jika merapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Perlimaan : Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2012), dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada diatas tepi simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan) yaitu :

- (a) 5/5 :Kepala berada diatas PAP, kepala mudah digerakkan
- (b) 4/5 :Kepala sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk PAP
- (c) 3/5 :Bagian terbesar kepala belum masuk PAP
- (d) 2/5 :Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
- (e) 1/5 :Kepala berada didasar panggul
- (f) 0/5 :Kepala berada di perinium

Tabel 2.9
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala diatas PAP, mudah digerakan
4/5	H _{I-II}	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H _{II-III}	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H _{III+}	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H _{III-IV}	Kepala di dasar panggul
0/5	H _{IV}	Kepala di perinium

Sumber : (Saifuddin, 2012)

1) Osborn test

Menurut Winkjosastro (2012), untuk mengetahui adanya Dispersi Kepala Panggul (DKP) pada ibu hamil. Prosedur tes osborn adalah sebagai berikut :

- (a) Dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu
- (b) Tangan kiri mendorong janin masuk ke PAP. Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif. Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan, diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari, maka hasil tes osborn adalah positif. Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari, maka hasil tes osborn ragu-ragu. Dengan penambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (mooulase). Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan di atas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila jari telunjuk rendah dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah negatif, apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes

osborn adalah ragu-ragu, apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil tes osborn positif (Wiknjosastro, 2013)

2) Auskultasi

Pemeriksaan denyut jantung janin menggunakan stetoskop laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan ultrasonografi (USG), dan dengan fetal dopler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan janin), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung janin paling jelas terdengar di pihak punggung janin dekat dengan kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat di kiri atau di kanan bawah pusat (Marmi, 2012). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. Denyut jantung janin dihitung selama satu menit penuh. DJJ normal antara 120-140x/menit (Mochtar, 2015)

j) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Saiffudin, 2011)

k) Genetalia

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

kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba, 2013)

l) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, angan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2014). Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekek, bila geraknya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Mochtar, 2015)

m) Pemeriksaan panggul luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudeologue*, dan lain-lain (Saiffudin, 2011)

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut :

- 1) Distansia spinarum (24-30 cm)
- 2) Distansia kristarum (28-30 cm)
- 3) Konjugata eksterna (*boudeologue*)
- 4) Distansia tuberum

n) Pemeriksaan dalam

Suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh tenaga kesehatan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan. Periksal dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik, periksal dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksal dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul. Digunakan untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan :

- 1) Serviks : Untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks
- 2) Ketuban : Untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum
- 3) Bagian terendah : Untuk mengetahui bagian apa yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu proses persalinan
- 4) perabaan forniks : Untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks, dan apakah bagian janin masih dapat di dorong keatas (Manuaba, 2013)

3. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah

1) Hemoglobin

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilannya, yaitu pada trimester I dan trimester III. Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli.

Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli digolongkan sebagai berikut :

- (a) Hb 11 g% : tidak anemia
- (b) Hb 9-10 g% : anemia ringan
- (c) Hb 7-8 g% : anemia sedang
- (d) Hb <7 g% : anemia berat

(Manuaba, 2013)

(e) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *Rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-*gamaglobulin* D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh psesialis *Rhesus*

(Varney, 2007)

(f) Tes HbsAg

Hepatitis merupakan peradangan hati yang serius dan sangat mudah ditularkan. Hepatitis pada saat kehamilan jika tidak ditangani secara tepat, mengakibatkan kerusakan hati. Selain itu, virus hepatitis juga bisa menular ke janin (Manuaba, 2013)

(g) Tes HIV/AIDS

Virus HIV/AIDS bisa ditularkan kepada janin melalui darah ibu. Tes HIV dilakukan untuk mendeteksi secara dini kemungkinan adanya virus HIV yang bisa menular ke janin (Manuaba, 2013)

b) Pemeriksaan urine

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain :

- 1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hyperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan
- 2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit. Reduksi urine untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Reduksi urine diperiksa dengan cara urine ditetesi fehling A dan B dengan perbandingan 1:2:2 kemudian dibakar.

Kriteria hasilnya :

Hijau jernih/biru	: negative
Hijau keruh	: positif 1/+

Hijau keruh, kekuningan (1-1,5%) : posisi 2/++

Jingga kuning keruh (2-3,5%) : glikosa

Merah kekuningan, keruh/merah bata : 3,52 glukosa

c) Ultrasonografi (USG)

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan beberapa cara yaitu :

- 1) Dengan mengukur jarak kepala-bokong Crown Rum Lenght (GRL) untuk kehamilan 7-14 minggu
- 2) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan Gestationalsac (GS) untuk kehamilan 0-12 minggu
- 3) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu (Romauli, 2011)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2015)

d) pemeriksaan *Non Stress Test* (NST)

Dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Teknik-teknik pemeriksaan Non Stress Test yaitu :

- 1) Sebelum pemeriksaan dimulai, lakukan pengukuran tensi, suhu, nadi dan frekuensi pernafasan ibu. Kemudian selama pemeriksaan dilakukan, tensi diukur setiap 10-15 menit (hasilnya dicatat pada kertas KTG)
- 2) Pasien berbaring dalam posisi semi fowler, dan sedikit miring ke kiri. Hal ini berguna untuk memperbaiki sirkulasi darah ke janin dan mencegah terjadinya hipotensi
- 3) Perhaikan frekuensi dasar DJJ (normal antara 120-160 dpm)
- 4) Setiap terjadi gerakan janin berikan anda pada kertas KTG. Perhatikan apakah terjadi akselerasi DJJ (sedikitnya 15 dpm)
- 5) Perhatikan variabilitas DJJ (normal antara 5-25 dpm)
- 6) Lama pemeriksaan sedikitnya 20 menit
(Marmi, 2011)

e) Kartu skor poedji rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil. Terdiri dari kehamilan risiko rendah (KRR), dengan 2 skor ditolong oleh bidan. Kehamilan risiko tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter. Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter spesialis (Kemenkes, 2014)

C. Analisis/Diagnosa Kebidanan

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2007 bidan menganalisa data yang diperoleh pada saat pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah yang tepat. Diagnosa : G₁/_>1P_{APIAH} usia kehamilan 34-40 minggu tunggal hidup, intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2013)

Dengan kemungkinan masalah : Edema dependen, nokturia, hemorroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak napas, pusing, nyeri pinggang, varises, pana, nyeri ulu hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney, 2007)

D. Perencanaan

Diagnosa kebidanan : G₁1P_{APIAH} usia kehamilan 34-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2013)

Tujuan : Ibu dan janin sejahtera sampai proses persalinan

Kriteria :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran *composmentis*
3. Tanda-tanda vital normal

Tekanan darah : 100/70-130/90 mmHg

Nadi : 76-88x/menit

Suhu : 36,5-37,5°C

Respirasi rate : 16-24x/menit

4. Pemeriksaan laboratorium

5. Hb $\geq 11\%$ gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
6. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur
7. TFU sesuai usia kehamilan
8. Situs bujur dan persentasi kepala

Intervensi menurut Varney (2007)

- a) Jelaskan kepada klien hasil pemeriksaan

R/ Klien mengerti keadaannya dan bisa kooperatif dengan tindakan medis yang diberikan

- b) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III, meliputi perdarahan pervaginaan, demam, sakit kepala hebat, oedema, ketuban pecah dini

R/ Klien bisa beradaptasi dan menerima keadaannya

- c) Diskusikan dengan klien tentang kebutuhan dasar pada ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat, personal hygiene, aktivitas, perawatan payudara, hubungan seksual

R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, diharapkan kehamilan bisa berlangsung dengan normal

- d) Jelaskan kepada klien tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi, hipertensi, pre-eklamsia, ketuban pecah dini, dll. yang membutuhkan tindakan medis segera

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, klien mengetahui kehamilan yang memiliki keadaan darurat

- e) Jelaskan kepada klien persiapan persalinan

R/ Dengan adanya rencana persalinan, akan mengurangi ketidaktahuan dan kekacauan pada saat persalinan, serta meningkatkan kemungkinan bahwa klien menerima asuhan yang tepat dan akurat

f) Jelaskan tanda-tanda persalinan

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan dan kemungkinan keadaan darurat

g) Ingatkan klien untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan

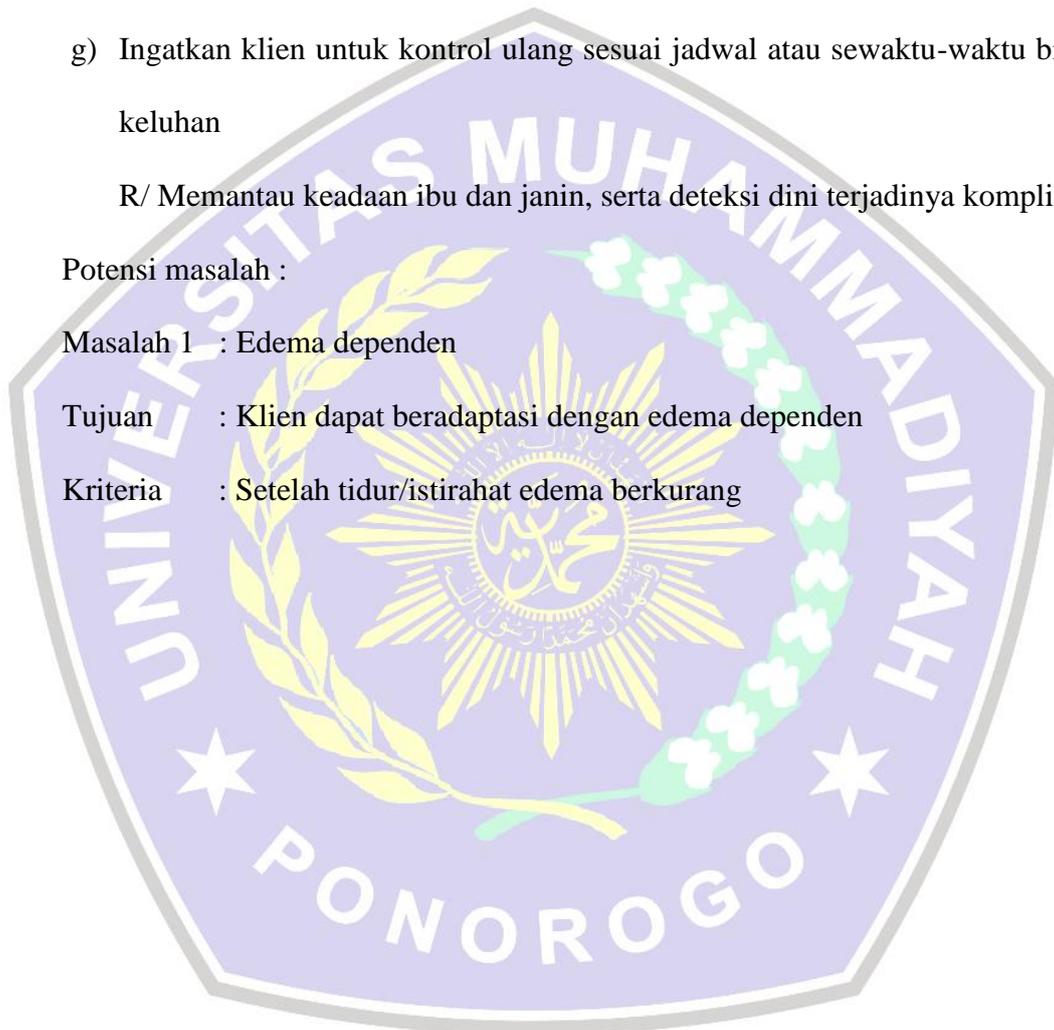
R/ Memantau keadaan ibu dan janin, serta deteksi dini terjadinya komplikasi

Potensi masalah :

Masalah 1 : Edema dependen

Tujuan : Klien dapat beradaptasi dengan edema dependen

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang



Intervensi menurut Marmi (2014)

1. Anjurkan klien untuk menghindari posisi tegak lurus dalam waktu yang lama
R/ Mengurangi terjadinya edema
2. Anjurkan klien menghindari pemakaian sandal atau hak tinggi
R/ Menekan penimbunan darah, dan darah mengalir dengan lancar
3. Anjurkan klien untuk tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan
R/ Mengurangi tekanan pada vena cava inferior karena pembesaran uterus yang memperparah edema
4. Anjurkan klien untuk menghindari penggunaan pakaian ketat
R/ Pakaian ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstermitas
5. Anjurkan klien untuk senam hamil
R/ Memperlancar sirkulasi peredaran darah

Masalah 2 : Nokturia

Tujuan : Klien bisa beradaptasi dengan nokturia

Kriteria :

1. Klien BAK 7-8x/hari
2. Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Marmi (2014)

- a) Jelaskan kepada klien penyebab sering terjadinya kencing
R/ Klien mengerti dan paham, sering kencing disebabkan oleh tekanan bagian bawah janin ke kandung kemih
- b) Anjurkan klien untuk tidak mengonsumsi segala jenis minuman yang mengandung diuretik, seperti : kopi, teh, softdrink
R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih

c) Beritahu klien untuk tidak menahan keinginan untuk berkemih

R/ Menahan BAK akan mempermudah adanya infeksi saluran kemih

d) Anjurkan klien untuk minum 8-10 gelas/hari, banyak minum pada siang hari dan mengurangi pada malam hari. Selalu BAK sebelum tidur

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : BAB lancar 1-2x/hari

Intervensi menurut Pantikawati (2010)

1. Anjurkan klien untuk membiasakan BAB teratur

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

2. Anjurkan klien meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

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

3. Anjurkan klien untuk latihan/olahraga ringan seperti berjalan kaki setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot bagian bawah

R/ Mengidentifikasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar

4. Anjurkan klien untuk minum air dengan kondisi panas/dingin (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum air dingin/panas sehingga dapat merangsang BAB

Masalah 4 : Hemorroid

Tujuan : Tidak ada hemorroid atau hemorroid tidak bertambah parah

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

BAB tidak sakit atau mengeluarkan darah

Intervensi menurut Varney (2007)

1. Anjurkan klien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung serat tinggi
R/ Makanan yang mengandung serat tinggi, menjadikan feses tidak padat/keras, dan mempermudah pengeluaran feses
2. Anjurkan klien untuk minum air hangat 1 gelas setiap bangun tidur dipagi hari
R/ Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus, sehingga bisa merangsang pengosongan kolon lebih cepat
3. Anjurkan klien mengejan saat defekasi
R/ Mengejan yang terlalu sering memicu terjadinya hemorroid



4. Anjurkan klien untuk melakukan olahraga ringan

R/ Olahraga dapat melancarkan peredaran darah, sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk pencernaan

Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : Klien beradaptasi dengan keadaanya

Kriteria : Kram pada kaki berkurang, dan klien bisa mengatasi bila kram pada kaki berulang

Intervensi menurut Romauli (2011)

1. Jelaskan penyebab kram kaki

R/ Klien mengerti dan paham penyebab kram kaki dikarenakan ketidakseimbangan rasio kalsium

2. Anjurkan klien untuk senam hamil secara teratur

R/ Senam hamil diantaranya berfungsi untuk memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi

3. Anjurkan klien untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage

R/ Sirkulasi darah berjalan lancar

4. Anjurkan klien untuk tidak berdiri terlalu lama

R/ Mengurangi penekanan yang lama pada kaki, sehingga sirkulasi darah lancar

5. Anjurkan klien untuk tidak beraktivitas berat dan beristirahat dengan cukup

R/ Otot-otot yang tidak tegang, sehingga kram berkurang

6. Anjurkan klien untuk diet kalsium dan fosfor

R/ Mengonsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

Masalah 6 : Sesak napas

Tujuan : Sesak napas teratasi atau tidak terjadi

Kriteria : Frekuensi pernapasan normal

Intervensi menurut Salenah (2010)

1. Jelaskan kepada klien penyebab terjadinya sesak napas

R/ Klien mengerti dan paham penyebab sesak napas disebabkan uterus yang membesar

2. Anjurkan klien untuk tidur dengan posisi yang nyaman, dengan bantal tinggi

R/ Menghindari penekanan diafragma

3. Anjurkan klien untuk senam hamil secara teratur

R/ Senam hamil untuk merelaksasikan otot-otot

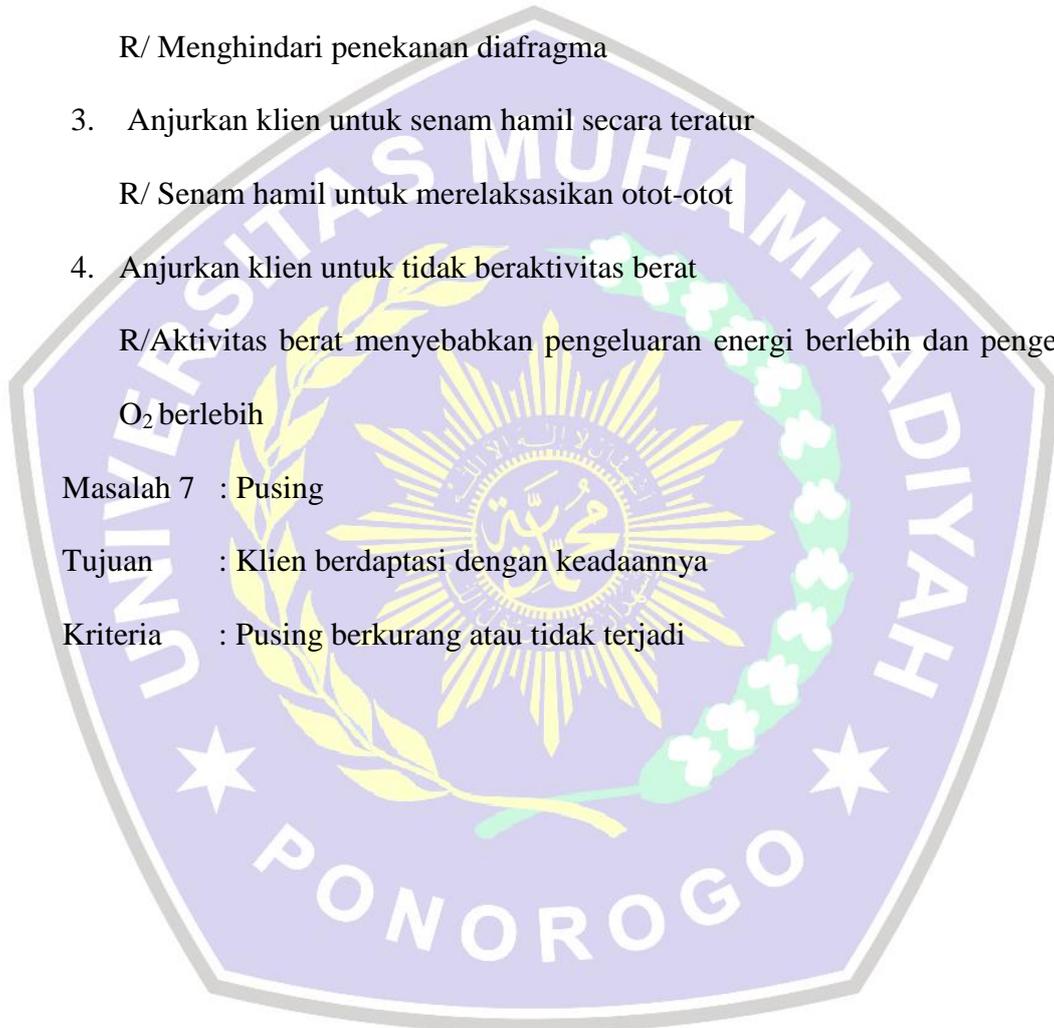
4. Anjurkan klien untuk tidak beraktivitas berat

R/Aktivitas berat menyebabkan pengeluaran energi berlebih dan pengeluaran O₂ berlebih

Masalah 7 : Pusing

Tujuan : Klien beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Pusing berkurang atau tidak terjadi



Intervensi menurut Rukiyah (2010)

1. Jelaskan kepada klien penyebab terjadinya pusing

R/ Klien mengerti dan paham penyebab terjadinya pusing, karena hipertensi postural berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis

2. Anjurkan klien untuk tidak berdiri terlalu lama

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dan menyebabkan pusing

3. Ajarkan klien cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ Klien tidak terjatuh ketika hendak bangun

Masalah 8 : Nyeri punggung

Tujuan : Klien beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Nyeri punggung berkurang atau teratasi

Intervensi menurut Saifuddin (2011)

1. Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat beban. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekuk kaki
R/ Menekuk kaki, membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan dari posisi setengah jongkok

2. Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban
R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebrata lumbosakral dengan pengencangan otot-otot punggung
3. Anjurkan klien tidur miring ke kiri dan mengganjal perut dengan bantal
R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum
4. Gunakan kasur yang menyokong dan memposisikan badan dengan menggunakan bantal
R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal, bisa meluruskan punggung serta memringannkan tarikan dan regangan

Masalah 9 : Varises

Tujuan : Varises tidak ada

Kriteria : Varises teratasi atau tidak ada

Intervensi menurut Varney (2007)

1. Menggunakan kaos kaki penyokong
R/ Penggunaan kaos kaki penyokong, dapat meningkatkan aliran balik vena, menurunkan risiko terjadinya varises
2. Anjurkan klien untuk tidak menggunakan pakaian ketat
R/ Pakaian ketat bisa menghambat aliran balik vena
3. Anjurkan klien untuk tidak berdiri terlalu lama
R/ Meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises
4. Anjurkan klien untuk melakukan latihan dan berjalan secara teratur
R/ Latihan ringan, dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi darah
5. Anjurkan klien untuk menggunakan penyokong maternal

R/ Dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

Masalah 10 : Panas dan nyeri ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria : Tidak kembung

Tidak terjadi nyeri tekan pada perut bagian atas

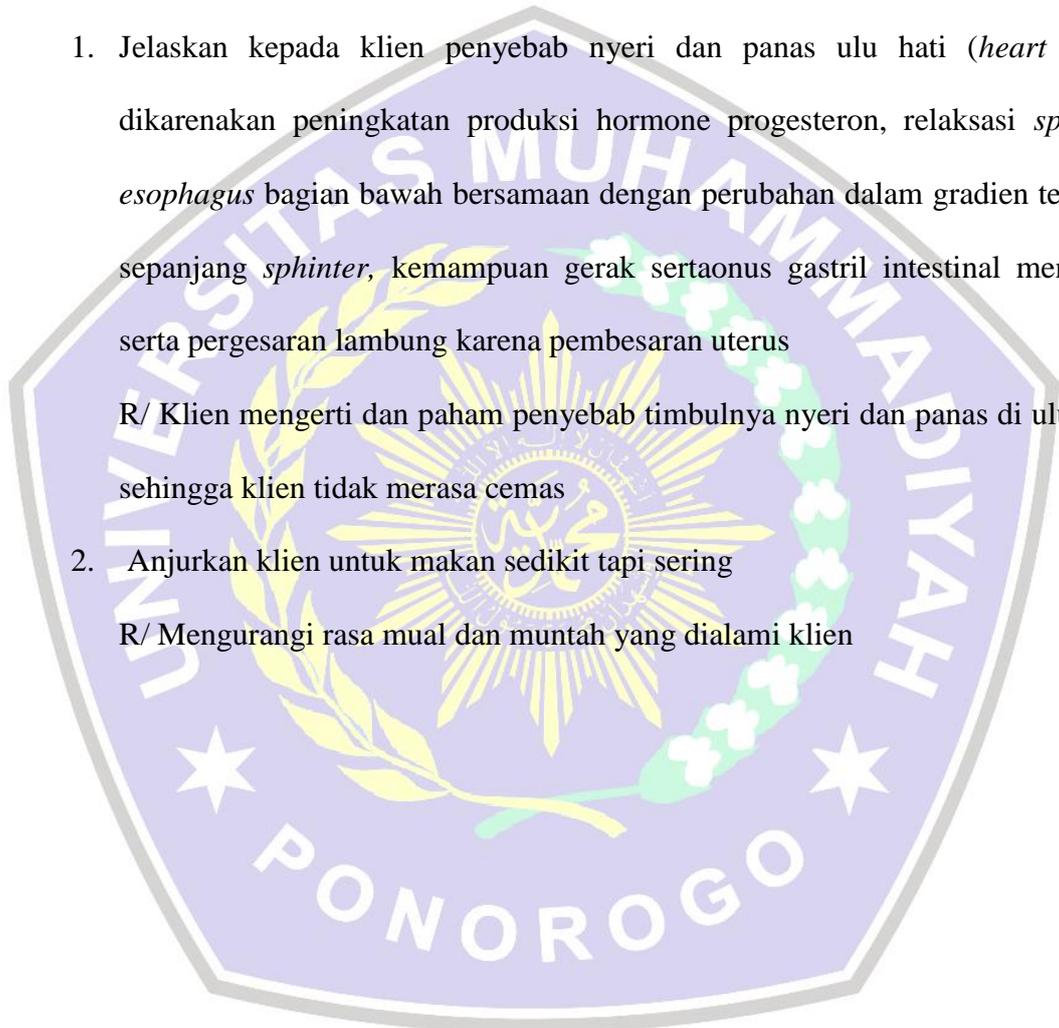
Intervensi menurut Sulistyawati (2010)

1. Jelaskan kepada klien penyebab nyeri dan panas ulu hati (*heart burn*) dikarenakan peningkatan produksi hormone progesteron, relaksasi *sphinter esophagus* bagian bawah bersamaan dengan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang *sphinter*, kemampuan gerak sertaonus gastril intestinal menurun, serta pergesaran lambung karena pembesaran uterus

R/ Klien mengerti dan paham penyebab timbulnya nyeri dan panas di ulu hati, sehingga klien tidak merasa cemas

2. Anjurkan klien untuk makan sedikit tapi sering

R/ Mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami klien



3. Anjurkan klien untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang dan pedas

R/ Makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga memperparah *heart burn*

4. Hindari berbaring setelah makan

R/ Setelah makan langsung berbaring, akan meningkatkan asam lambung

5. Anjurkan klien untuk selalu mengonsumsi air putih

R/ Air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh

6. Hindari merokok, kopi, alkohol

R/ Selain memperparah, bisa berdampak pada pertumbuhan janin

7. Memberi antasida

R/ Antasida merupakan obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan

Masalah 11 : Insomnia

Tujuan : Klien bisa tidur dengan baik

Kriteria : Klien tampak tenang dan rileks

Intervensi menurut Saifuddin (2011)

1. Tinjau ulang kebutuhan dan perubahan pola tidur klien

R/ Mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda

2. Kaji insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, serta teknik relaksasi

3. Evaluasi tingkat kelelahan

R/ Peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan perkembangan berat janin, semua yang memperberat perasaan lelah, khususnya multipara

4. Pantau kesulitan bernapas karena posisi, anjurkan pada posisi *semi fowler*

R/ Posisi *recumbent*, pembesaran uterus, serta organ abdomen menekan diafragma, sehingga membantu ekspansi paru. Posisi semi fowler memungkinkan diafragma menurun, membantu mengembangkan ekspansi paru lebih optimal

5. Rujuk klien bila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang berlebih dan menghambat aktivitas

R/ Klien perlu menghadapi perubahan siklus tidur hingga terjaga

6. Kolaborasi pemeriksaan laboratorium terhadap sel darah merah dan kadar Hb

R/ Anemia atau penurunan kadar Hb/SDM/vertigo mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan, serta mempengaruhi perasaan letih yang mengganggu pola tidur klien

Masalah 12 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : Klien dan keluarga merasa tenang

Intervensi menurut Mochtar (2015)

1. Jelaskan kepada klien hal-hal yang menyebabkan terjadinya kecemasan

R/ Klien mengerti dan paham kecemasan menjelang persalinan merupakan hal yang wajar

2. Mengajarkan klien teknik relaksasi

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

3. Anjurkan klien untuk mandi menggunakan air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi aliran darah, air hangat juga bisa memberikan kesan rasa nyaman

E. Implementasi

Pada langkah keenam ini adalah rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Dilaksanakan oleh semua atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kessehatan lainnya. Pelaksanaan dikerjakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat (Dewi dkk, 2012)

Menurut kemenkes RI No 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efesien, dan aman berdasarkan evidience based kepada pasien, dalam bentuk upaya promontif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria sebagai berikut :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai mahluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan ashan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (inform consent)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidience based
4. Melibatkan klien
5. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
6. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
7. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
8. Melakukan tindakan sesuai standar
9. Mencatat semua hasil tindakan yang telah dilakukan

F. Evaluasi

Memeriksa kemajuan atau perubahan pada klien setelah dilakukan tindakan

G. Dokumentasi

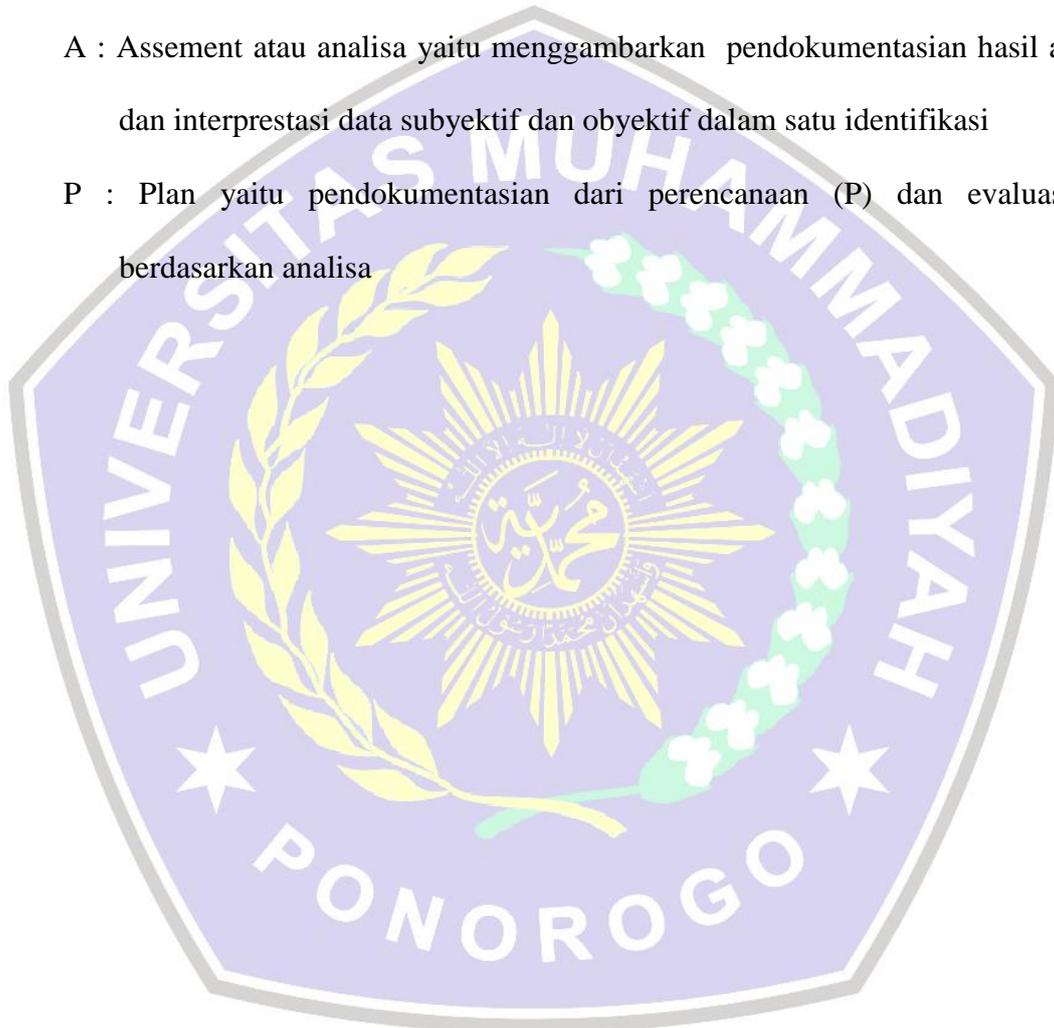
Metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ringan menggunakan SOAP yaitu :

S : Subyektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis

O : Obyektif yaitu pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data focus untuk mendukung

A : Assement atau analisa yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interprestasi data subyektif dan obyektif dalam satu identifikasi

P : Plan yaitu pendokumentasian dari perencanaan (P) dan evaluasi (E) berdasarkan analisa



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Nama

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

b) Usia

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk risiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II) hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklampsia dan abrupsio plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney *et al*, 2007)

c) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2013) tanda-tanda persalinan adalah:

1) Terjadinya his persalinan.

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

2) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2013) adalah:

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

4. Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi . Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

1) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin, 2011). Stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu:

Kelas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

Kelas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).

Kelas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Kelas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan II

2) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2010)

3) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2013)

4) Hipertiroidisme

Menurut Fraser *et al* (2010) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin

5) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser *et al*, 2010)

6) Diabetes melitus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser *et al*, 2010)

5. Riwayat kebidanan

1) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan *preterm* meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan *preterm* lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran *preterm* dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38⁰C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38⁰C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2013)

2) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2014) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi

minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Lama pada kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2013)

6. Pola kehidupan sehari-hari

1) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2012)

2) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat terkompresi diantara gelang pelvik dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser *et al*, 2010). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro, 2012). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan periksa dalam

untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro, 2012)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmetis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011)

b) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney *et al*, 2007). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu preeklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser *et al*, 2010).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney *et al*, 2007). Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser *et al*, 2010).

3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1⁰ C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus di cek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney *et al*, 2007).

4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney *et al*, 2007)

2. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Varney *et al*, 2007)

b) Mata

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

c) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney *et al*, 2007)

d) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2013)

e) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronchi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011)

f) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney *et al*, 2007)

g) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan, Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2012) Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan ntuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney *et al*, 2007). Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdme untuk memastikan integritas uterus (Varney *et al*, 2007)

h) 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 atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro, 2012)

i) Anus

Perinium mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila kepala sudah berada di atas panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosasto, 2012)

j) Ekstremitas

Pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2010). Edema lutut ekstermitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney *et al*, 2007)

3. Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser dkk, 2010)

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

- 1) perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu.
- 2) Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

c) Cara menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

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

(tinggi fundus dalam cm - n) \times 155 = berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n = 12. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n = 11 (Romauli, 2011)

Tabel 2.10
TBJ Normal untuk Usia Kehamilan Trimester III

Usia Kehamilan (bulan)	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

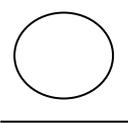
Sumber: (Manuaba, 2013)

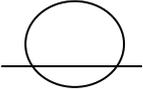
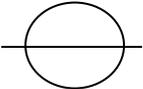
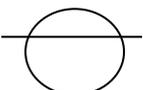
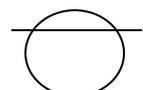
d) Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2012)

Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaan). Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut Saifuddin (2013)

Tabel 2.11

Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksa Luar	Periksa Dalam	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan

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

Sumber : Saifuddin, 2013

e) Auskultasi

Penilaian denyut jantung janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Mendengarkan DJJ minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Jika demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Pada saat poses persalinan penting diketahui sifat denyut jantung janin (cepat, lambat, dan tak teratur). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

- 1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal

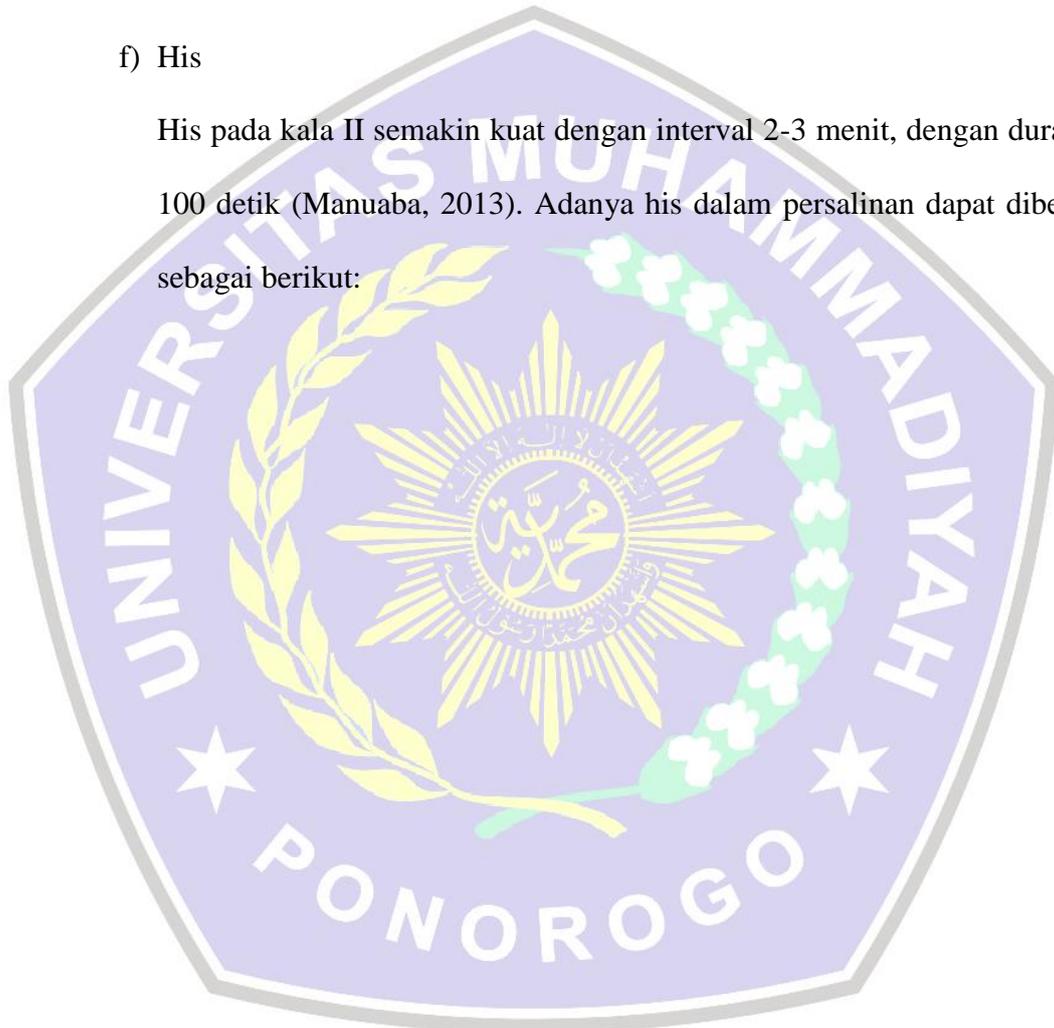
2) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia

3) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2

f) His

His pada kala II semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2013). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:



1) Kala I

Kala I dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2012)

2) Kala II

Persalinan kala II dimulai saat pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2012)

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2012)

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2012)

g) Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2012) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

1) Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka/massa (benjolan) termasuk kondiloma, varikosisitas vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam

- b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban.
Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ
 - c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf
 - d) Jika mekonium kental, 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 episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi
 - 4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks
 - 5) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam
 - 6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul
 - 7) Jika bagian terbawah 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
- h) Pemeriksaan panggul

Menurut Wiknjastro (2012) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- 1) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul

- 2) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- 3) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
- 4) Sudut arcus pubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- 5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

i) Pemeriksaan penunjang

1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk menilai adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energi yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah, sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non-diabetik yang baru saja mengonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya pre eklamsi (Fraser dkk, 2010)

2) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011)

C. Diagnosa Kebidanan

G_{≥1}P_{0/}> UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu:

1. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney dkk, 2007)
2. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2012). Partograf berguna untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam pelaksanaan. Partograf memberi peringatan pada petugas kesehatan bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat janin dan ibu bahwa mungkin ibu perlu dirujuk (Saifuddin, 2011). Tujuan utama dari penggunaan partograf pada fase aktif adalah
 - a) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
 - b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Dengan demikian juga dapat 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 klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir. Manfaat partograf jika digunakan secara tepat dan konsisten akan membantu penolong persalinan untuk :

- 1) Mencatat kemajuan persalinan
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinya
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- 5) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik sesuai dan tepat waktu

Partograf harus digunakan:

1. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala I 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 dengan penyulit maupun tidak disertai penyulit
2. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit).
3. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Spesialis Obstetri, Bidan, Dokter Umum, Residen, dan Mahasiswa Kedokteran).

Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat, dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (Setyaningrum, 2013). Catat hal-hal berikut pada partograf:

a) Informasi pasien : isi nama, status gravida, status paritas, nomer register, tanggal dan jam masuk rumah sakit, serta jam pecah ketuban atau lama waktu ketuban pecah (apabila pecah ketuban terjadi sebelum pencatatan pada partograf dibuat)

b) Denyut jantung janin. Catat setiap 30 menit

c) Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina :

U : Selaput utuh

J : Selaput pecah, air ketuban jernih

K : Air ketuban kering

M : Air ketuban bercampur mekoneum

D : Air ketuban bernoda darah



Perubahan bentuk kepala janin (Molase atau molding) :

0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1 : tulang – tulang kepala janin saling bersentuhan

2 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan

3 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

d) Pembukaan mulut rahim (Serviks). Dinilai pada setiap pemeriksaan vaginam dan diberi tanda (x)

e) Penurunan mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis catat dengan tanda lingkaran (0) pada setiap pemeriksaan dalam

f) Waktu : Menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima

g) Jam : Catat jam sesungguhnya

h) Kontraksi. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Kurang dari 20 detik, antara 20 dan 40 detik, dan lebih dari 40 detik.

i) Oksitosin. Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit

j) Obat yang diberikan. Catat semua obat lain yang diberikan

- k) Nadi. Catatlah setiap 30 menit dan ditandai dengan sebuah titik besar
- l) Tekanan darah. Catat setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah
- m) Suhu badan. Catat setiap dua jam
- n) Protein Aseton dan volume urine. Catatlah setiap kali ibu berkemih
Bila temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat (Saifuddin, 2011)
3. Kala II dengan kemungkinan masalah:
- Kekurangan cairan
 - Infeksi
 - Kram Tungkai (Wiknjosastro, 2012)
4. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan)
5. P_{≥1} Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2012)
- Retensio plasenta
 - Avulsi tali pusat
 - Plasenta yang tertahan.
6. P_{≥1} Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2012)
- Atonia uteri
 - Robekan vagina, perineum atau serviks
 - Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh

D. Perencanaan

G_{≥1}P_{0/}> UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

1. KU baik, kesadaran komposmentis
2. TTV dalam batas normal
 - T : 100/60 – 130/90 mmHg
 - S : 36 – 37°C
 - N : 80–100x/menit
 - R : 16 – 24x/menit
3. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
4. Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam
5. Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
6. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
7. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit
8. Plasenta lahir spontan, lengkap
9. Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2012)

1. Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam

menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan nyaman serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian bisa mengurangi tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi

R/ Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan

R/ Persiapan energi ibu untuk persalinan

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri. Ibu bisa beristirahat atau tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang, hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin

R/ Mempercepat penurunan kepala janin

4. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

- a) Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \oplus maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering

- b) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban \ominus ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak
- c) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban \oplus pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalinan akan terjadi terlalu cepat
- d) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban \ominus atau \oplus , penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat

R/ Mempercepat penurunan kepala janin

5. Observasi TTV

- a) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam
- c) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam
- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- g) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin

- 6. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam. Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah

rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan

R/ Blas yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his

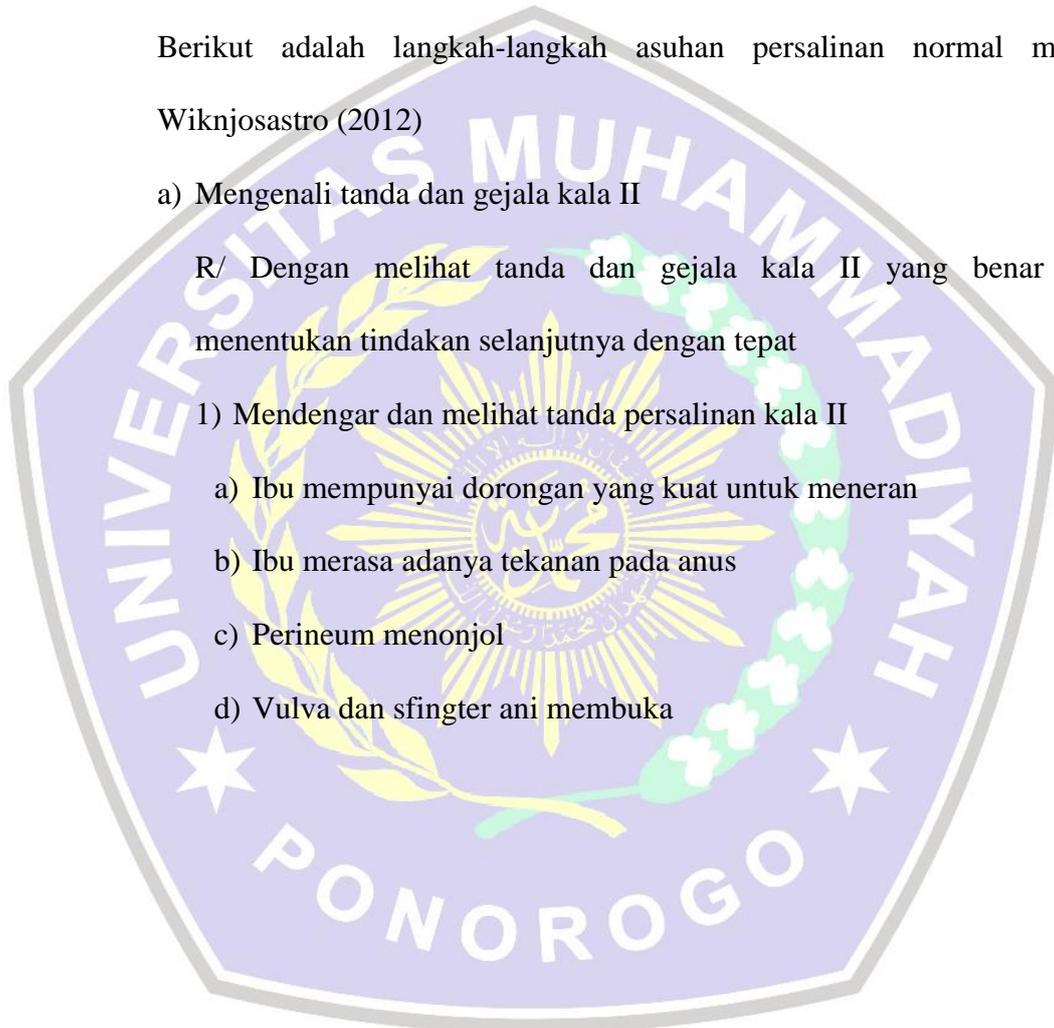
7. Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal menurut Wiknjastro (2012)

a) Mengenali tanda dan gejala kala II

R/ Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat

1) Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

- a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva dan sfingter ani membuka



b) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

- 1) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersiah dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

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

(b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set

- 2) Pakai celemek plastik
- 3) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 4) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
- 5) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

c) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik

R/ Pembukaan serviks 10 cm bisa mencegah terjadinya ruptur portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal

6) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT

(a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

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

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah 9)

7) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi

8) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan

9) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

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

(c) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

R/ Persiapan keluarga dan klien yang optimak akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif

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

(a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

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

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

(a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif

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

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

- (d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi
- (e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
- (f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum)
- (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- (h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida)

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

d) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi

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

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

15) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu

16) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan

17) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

e) Persiapkan pertolongan kelahiran kepala

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum

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

menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal

19) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika haln itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi

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

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

20) Tunggu kepala bayi memutar paksi luar, pegang secara spontan

21) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Lahirnya badan dan tungkai

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

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

f) Penanganan bayi baru lahir

R/ Penanganan BBL yang bebar akan mencegah terjadinya hipotremermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin

24) Lakukan penilaian (selintas)

- (a) Apakah bayi menangis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau mega-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir)

25) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali telapak tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering, biarkan bayi di atas perut ibu

26) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

27) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik

28) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

29) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama

30) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- (a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut

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

(c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

31) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu

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

Kala III :

g) Penatalaksanaan aktif persalinan kala III (Wiknjosastro, 2012):

Penanganan tali pusat bayi

R/ Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta

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

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

35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

Mengeluarkan plasenta

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus

36) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta

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

(1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM

(2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

(4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

(5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual

37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

Rangsangan taktil (massage uterus)

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan

gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik

Kala IV: (Wiknjosastro, 2012)

h) Menilai perdarahan

39) Periksa kedua sisi plasenta dan pastika selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus

40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

R/Pemeriksaan sedini mungkin bisa mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan

i) Melakukan prosedur pasca salin

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

42) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

(a) Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

(b) Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu

43) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K₁ 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral

44) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral

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

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

45) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginaan

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

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

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

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

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

R/ Informasi yang optimal meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum

47) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

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

- (a) Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum
- (b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
- 49) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36°-37,5° C)
- 50) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas
- 51) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai
- 52) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering
- 53) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu
- 54) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- 55) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 56) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- j) Dokumentasi
- 57) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV

Masalah dalam Kala I :

1. Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2012) :

a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya

c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan

b. Nyeri karena kontraksi uterus

Tujuan : Mengurangi rasa nyeri karena kontraksi Uterus

Kriteria : a) Nyeri berkurang
k) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Henderson (2010)

1. Kaji kontraksi uterus dan ketidaknyamanan (awitan, frekuensi, durasi, intensitas dan gambaran ketidaknyamanan)

R/mengetahui kemajuan persalinan dan ketidaknyamanan yang dirasakan ibu

2. Berikan usapan (massasse)

R/Usapan / massase dapat meningkatkan relaksasi

3. Lakukan manajemen distraksi relaksasi

R/ Distraksi relaksasi bertujuan untuk membebaskan pikiran dan beban dari ketegangan dengan cara mengalihkan perhatian

4. Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan

5. Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu

6. Lakukan perubahan posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi ingin ditempat tidur anjurkan untuk miring ke kiri

R/ Nyeri persalinan bersifat sangat individual sehingga posisi nyaman tiap individu akan berbeda, miring kiri dianjurkan karena memaksimalkan curah jantung ibu

7. Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat

Masalah pada Kala II :

1. Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : a) Nadi 76-100 x/menit

b) Urin jernih, produksi urine 30 cc/jam

Intervensi menurut Henderson (2010)

1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum

2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh

3) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi

b. Infeksi karena bakteri *Streptococcus*

Tujuan : Tidak terjadi infeksi karena bakteri

Streptococcus

Kriteria : Tanda-tanda vital:

a) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)

b) Suhu: 36-37,5

c) KU baik

d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2012)

1) Baringkan miring ke kiri

R/Arteri uterina berada di kanan sehingga ibu dianjurkan miring ke kiri agar sirkulasi lancar

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 amoxicillin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit

4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin

2. Kram Tungkai

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi :

a) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah

b) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri

c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas

b. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan)

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria : Bayi menangis kuat

Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes no 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan:

1. Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi

2. Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat

3. *Bounding attachment* dan lakukan IMD

R/*Bounding attachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi

4. Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial

5. Berikan salep mata

R/ Salep mata sebagai profilaksis

Masalah Pada Kala III :

1. Retensio plasenta (Wiknjastro, 2013)

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Tidak ada sisa placenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjastro (2013)

a) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin

1) Coba lakukan plasenta manual bila terjadi perdarahan

R/ Plasenta manual dapat membantu mengeluarkan plasenta yang tidak lahir dalam waktu 30 menit

2) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual karena tidak terjadi perdarahan maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas/ kompetensi kegawatdaruratan obstetri

R/ Melakukan rujukan adalah jalan apabila plasenta manual tidak bisa dilakukan

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan

R/ Rujukan memerlukan pendampingan bidan

2. Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Henderson (2010)

a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi

R/ Meneran yang baik adalah pada saat uterus mengalami kontraksi, sehingga plasenta cepat keluar

b) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus

R/ Tekanan dorso cranial dengan hati – hati dapat mencegah avulsi tali pusat serta mencegah inversio uteri

c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta

R/ Massase uterus bertujuan agar kontraksi uterus keras sehingga tidak terjadi perdarahan post partum

c. Masalah Pada Kala IV :

a) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2012)

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : a) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

b) Perdarahan < 500 cc

Intervensi :

1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang

R/ Kompresi Bimanual Interna dapat membantu mengurangi perdarahan yang dikarenakan oleh atonia uteri

2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE) . Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan

500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin

R/ Kompresi Bimanual Ekterna merupakan cara apabila KBI tidak berhasil mengurangi perdarahan karena atonia uteri

- 3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar lakukan kompresi aorta abdominalis

R/ Kompresi aorta abdominalis merupakan usaha untuk menghentikan perdarahan apabila dengan KBI dan KBE tidak berhasil

- 4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah. Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan

R/ Rujukan yang segera pada ibu dapat meminimalkan resiko kegawatdaruratan pada ibu

- 2) Robekan vagina, perineum atau serviks (Varney, 2007)

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria : 1. Vagina dan perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

2. Perdarahan < 500 cc

Intervensi :

- a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul. Jika terjadi laserasi derajat satu dan

menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan

R/ Penjahitan perineum adalah usaha untuk menghentikan perdarahan yang dikarenakan oleh robekan vagina, perineum atau serviks

b) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS

R/ Pemasangan infuse dapat mengganti cairan / darah yang dikeluarkan

2) Pasang tampon

R/ Mengurangi darah yang keluar

3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri. Dampingi ibu ke tempat rujukan

R/ Melakukan rujukan segera dapat meminimalkan resiko kegawatdaruratan pada ibu

3) Sub involusio karena kandung kemih penuh (Varney, 2007)

Tujuan : Sub involusio dapat teratasi

Kriteria : 1. Tinggi Fundus normal

2. Kandung kemih kosong

Intervensi :

a) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya / BAK apabila merasa penuh.

R/ Dengan mengosongkan kandung kemih maka tinggi fundus menjadi normal

b) Lakukan kateterisasi apabila ibu tidak kuat untuk melakukan pengosongan kandung kemih / BAK

R/ Kateterisasi merupakan upaya pengosongan kandung kemih bila ibu merasa tidak kuat

c) Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini seperti miring samping, duduk atau jalan-jalan disekitar tempat tidur

R/ Dengan melakukan mobilisasi dini bisa memperlancar pengeluaran darah dan sisa plasenta, kontraksi uterus baik sehingga proses kembalinya rahim ke bentuk semula berjalan dengan baik

E. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

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

1. Membuat keputusan klinik

a) Pengumpulan data

b) Interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah

c) Menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah

d) Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah

- e) Menyusun rencana asuhan atau intervensi.
- f) Melaksanakan asuhan
- g) Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi

2. Asuhan sayang ibu

- a) Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan
- b) Asuhan sayang ibu pasca persalinan

3. Pencegahan Infeksi

- a) Tujuan pencegahan infeksi dalam pelayanan asuhan kebidanan
- b) Definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi
- c) Prinsip-prinsip pencegahan infeksi
- d) Tindakan pencegahan infeksi :
 - 1) Cuci tangan.
 - 2) Memakai sarung tangan.
 - 3) Menggunakan teknik aseptik.
 - 4) Memproses alat bekas.
 - (a) Dekontaminasi
 - (b) Pencucian dan pembilasan
 - (c) DTT dan Sterilisasi
 - 5) Penggunaan peralatan tajam secara aman
 - 6) Pengelolaan sampah dan mengatur kebersihan dan kerapihan
- e) Pencatatan (Dokumentasi)
- f) Rujukan

Lima benang merah ini selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, dari kala I hingga kala IV. Termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Tujuan yang diharapkan :

- 1) Memahami langkah-langkah pengambilan keputusan klinik
- 2) Menjelaskan asuhan sayang ibu dan bayi
- 3) Menjelaskan prinsip dan praktik pencegahan infeksi
- 4) Menjelaskan manfaat dan cara pencatatan medik asuhan persalinan
- 5) Menjelaskan hal-hal penting dalam melakukan rujukan (Dinkes, 2017)

F. Evaluasi

Menurut keputusan Kemenkes 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. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

G. 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/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan



2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Saifuddin, 2011)

b) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun (Wiknjosastro, 2012)

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2015)

d) Suku bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Saifuddin, 2012)

e) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga konseling bidan sesuai dengan pendidikannya (Ratna, 2012)

f) Pekerjaan

Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya (Saleha, 2014)

g) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba, 2013)

2. Keluhan utama

Keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut:

a) *After pain*

After pain atau mules-mules sesudah partus akibat kontraksi uterus, kadang-kadang sangat mengganggu selama 2-3 hari post partum. Perasaan mles lebih terasa bila wanita tersebut sedang menyusui. Perasaan sakit itupun timbul bila masih terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa plasenta atau gumpalan darah di dalam Cavum Uteri (Ambarwati, 2015)

b) Keringat berlebih

Ibu *postpartum* mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan *interstisial* yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan *intraselular* selama kehamilan. Cara menguranginya sangat

sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering
(Varney *et al*, 2007)

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan (Varney *et al*, 2007)

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut (Cunningham, 2012)

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi tarauomatis dan menjadi edema selama wanita mendorong

bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan (Varney *et al*, 2007)

3. Riwayat kesehatan

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2012)

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2013)

c) Sifilis

Sifilis merupakan penyakit yang disebabkan oleh spirokaeta *Treponema pallidum* yang ditularkan melalui kontak langsung dengan lesi basah yang infeksius. Sifilis kongenital terjadi pada janin atau bayi baru lahir yang ibunya menderita sifilis yang tidak diobati (Benson *et al*, 2013)

d) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2013)

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2013) :

1) 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.

2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

3) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

f) Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser dan Cooper, 2011)

4. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Fraser dan Cooper, 2011)

5. Riwayat kebidanan

a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2013). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2012)

b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2013)

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2011). Menurut Manuaba (2013), pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki.

6. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2011)

b) Eliminasi

Segera pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat, menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney *et al* , 2007). Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2013)

c) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2011). Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara

tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2013)

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2012)

e) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2011)

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan.

Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2011)

7. Riwayat Psikososial Spiritual

Fase nifas terbagi menjadi 3 bagian yaitu:

a) Fase *taking in*

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya (Marmi, 2015)

b) Fase *taking hold*

Phase kedua masa nifas adalah phase *taking hold* berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri (Ambarwati, 2015)

c) Fase *letting go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat (Marmi, 2015)

8. Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2013)

9. Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2011), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- c) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri
- e) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusu
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari
- g) Kebiasaan membuang susu jolong
- h) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

Kesadaran *composmentis* atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Mochtar, 2015)

2. Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney *et al*, 2007)

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney *et al*, 2007)

c) Suhu

Suhu 38° C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2011)

d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney *et al*, 2007)

3. Pemeriksaan fisik

a) Mata

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

b) Leher

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

c) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011)

d) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2011). Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney *et al*, 2007)

e) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2011). Menurut Varney *et al*, (2007), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:



1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih

2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak

3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (a) Atur posisi ibu terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya

(b) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain

(c) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen

(d) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan

(e) Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus

(f) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung

jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen

(g) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur

(h) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan ke sisi lateral masing-masing pada abdomen. Prastat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi

(i) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus

(j) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut : diastasis = $\frac{2}{5}$ jari. Rangkaian pengukuran

tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul diarea sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal

f) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochia, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007). Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil. Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2011)

g) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2013)

4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2013)

5. Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Bahiyatun (2013) yaitu :

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- b) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI ibu

C. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan secara tepat. Dengan kriteria sebagai berikut :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
3. Dapat terselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

D. Perencanaan

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan

Diagnosa : P_{APIAH}, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara.

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria : Keadaan umum : kesadaran komposmetis

(Manuaba, 2010)

1. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

2. Tanda-tanda vital:

T : 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S: 36-37,5⁰C

RR :16-24x/menit

3. Laktasi normal

Menurut Marmi (2015) ASI dibedakan menjadi 3 stadium:

a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi

b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar

imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat

- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan

4. Involusi uterus normal

- 5) Plasenta lahir (Setinggi Pusat)
- 6) 7 hari (Pertengahan pusat simfisis)
- 7) 14 hari (Tidak teraba)
- 8) 42 hari (Sebesar hamil 2 minggu)
- 9) 56 hari (Normal)

5. Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam, lochea sanguinolenta keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lochea alba keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2013)

6. KU bayi baik

RR : 30-60x/menit

S : 36,5-37,5⁰C

Intervensi :

- a) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi

b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2011)

c) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis

d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2015)

e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan

Potensi masalah :

Masalah 1 : Eliminasi BAB

Tujuan : Masalah teratsi tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012), antara lain:

1. Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB sedini mungkin setelah melahirkan

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAB jika terasa

2. Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan

R/ Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air

3. Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ Membantu memperlancar eliminasi BAB

Masalah 2 : Eliminasi BAK

Tujuan : Masalah teratasi tidak terjadi retensio urin

Kriteria : Ibu bisa BAK dengan lancar

Intervensi menurut Purwanti (2012)

1. Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAK sedini mungkin setelah melahirkan

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK jika terasa

2. Jelaskan pada ibu bahwa dengan BAK tidak mempengaruhi luka jahitannya.

R/ Mengurangi ketakutan pada ibu

Masalah 3: Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Purwanti (2012), antara lain :

1. Observasi luka jahitan perineum.

R/ Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi

2. Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.

R/ Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu

3. Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar

R/ Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi

4. Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang

Masalah 4: *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Bahiyatun (2013), antara lain:

1. Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*

2. Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri

3. Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen)

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang

Masalah 5: Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Bahiyatun (2013), antara lain:

1. Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali
R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara
2. Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara
R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak
3. Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara
R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang
4. Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara
R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami
5. Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui
R/ Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang
6. Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual
R /Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara
7. Ajarkan ibu melakukan perawatan payudara ibu nifas
R/ Dengan dilakukan perawatan payudara diharapkan produksi ASI lancar sehingga proses menyusui bisa berlangsung dengan baik dan pembengkakan payudara bisa berkurang
8. Berikan terapi parasetamol/asetaminofen
R/ Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri

Masalah 6: Subinvolusio uteri

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah subinvolusio uteri teratasi

Kriteria : Uterus berkontraksi dengan baik, tidak ada perdarahan.

Intervensi menurut Bahiyatun (2013), antara lain:

1. Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu.

R/ Informasi yang jelas dapat mengurangi kecemasan ibu

2. Beritahu ibu penyebab subinvolusio uteri

R/ Informasi yang jelas dapat mengurangi kecemasan ibu

3. Anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat

R/ Memberikan kenyamanan dan mempercepat proses involusio uterus

4. Anjurkan ibu untuk terus dan sering menyusui bayinya

R/ Menyusui merupakan faktor pertama yang mempengaruhi involusio uterus karena pada waktu bayi mengisap puting susu ibu terjadi rangsangan ke hipofisis posterior sehingga dikeluarkan oksitosin yang berfungsi meningkatkan kontraksi otot polos disekitar alveoli kelenjar air susu ibu (ASI) sehingga ASI dapat dikeluarkan dan terjadi rangsangan pada otot polos rahim sehingga terjadi percepatan involusio uterus

5. Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya

R/ Kandung kemih yang kosong bisa memudahkan proses involusio uteri

6. Ajarkan ibu bagaimana melakukan senam nifas

R/ dengan senam nifas bisa membantu mempercepat proses involusio uteri

E. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan

melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan klien/pasien.
5. Menjaga *privacy* klien/pasien.
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melakukan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

F. 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. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

G. 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/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

A. Data Subyektif

1. Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari terjadinya bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi kepada orang tua (Manuaba, 2013)

2. Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting susu (Manuaba, 2013). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliiasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012)

3. Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney *et al*, 2007)

4. Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme

bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2012)

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). Meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney *et al*, 2007)

6. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012).

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012). Bayi menyusui setiap 1-8 jam, menyusui biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran (Walsh, 2012)

b) Eliminasi

Pengeluaran meconium, berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel, biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari, biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2012). BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8 sampai 10 kali atau popok kotor per hari (Walsh, 2012)

c) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, hal ini merupakan suatu yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011). Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2012)

d) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali ketika basah (Walsh, 2012)

e) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu

menangis merupakan hal normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifudin, 2011)

f) Psikososial

Kontak awal ibu dengan bayo setelah kelahiran melalui senthan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara bayi dan ibu (Marmi, 2014)

B. Data Obyektif

1. Keadaan umum

Keadaan perlu dikenali yaitu reaksi terhadap rayuan, rangsangan saki atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2011)

2. Tanda-tanda vital

a) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014)

b) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat diukur diberbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila pada 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen 36-36,5°C (Varney, *et al*, 2007)

c) Pernapasan

Bayi baru lahir selama satu menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini merupakan hal yang normal. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tandpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu

inspirasi dan ekspirasi (Sifuddin,2009). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan diafragma dan abdomen (Varney *et al*, 2007)

d) Apgar score

Tabel 2.12
APGAR SCORE

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (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 (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : (Manuaba, 2013)

3. Antropometri

a) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata pada permukaan yang datar dan keras, badan kemudian dapat mengukur panjang bayi dengan satuan sentimeter (Varney *et al*, 2007)

b) Berat badan

Tabel 2.13
Berat badan normal bayi usia 0-12 bulan

Usia (bulan)	Barat badan (kg)
0	2,7-3,0
1	3,4-4,0
2	4,0-4,7
3	4,5-5,4
4	5,0-6,0
5	5,5-6,5
6	6,0-7,0
7	6,5-7,5
8	6,8-8,2
9	7,3-8,5
10	8,0-9,5
11	8,2-9,7
12	8,2-9,7

Sumber : (Dewi, 2012)

c) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang menurut Manuaba (2013) ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

- 1) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- 2) Diameter oksipito-frontalis : 11 cm
- 3) Diameter mentop oksipitalis : 12 cm
- 4) Diameter mentop bitemporalis : 13,5-15 cm
- 5) Diameter sub mento-bregmatika : 9,5-10 cm

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain :

- (a) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (b) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (c) Cirkumferensial fronto-oksipitalis : ± 34 cm
- (d) Cirkumferensial mento-oksipitalis : ± 35 cm
- (e) Cirkumferensial suboksipito-bregmatika: ± 32 cm

(f) Lingkar dada : 30-38 cm

(g) Lingkar lengan : 11-12 cm

(Prawirohardjo, 2014)

4. Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilan normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput succedaneum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, terbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya flukuasi karena timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan hari ketiga). Perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anansefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2014)

Tabel 2.14

Perbedaan antara caput succedenum dan cephalhematoma

Caput succedenum	Cephal hematoma
Muncul pada saat lahir	Muncul beberapa jam setelah lahir
Tidak bertambah besar	Lebih besar hari ke-2 atau ke-3
Hilang dalam beberapa hari	Hilang setelah 6 minggu
Batas tidak jelas	Batas tegas
Kadang-kadang melewati sutura	Tidak pernah lewat sutura
Penyebab : bengkak melewati jaringan lunak	Penyebab : perdarahan subperiosteal

Komplikasi : tidak ada	Komplikasi : ikterus, fraktur, perdarahan intrakranial, syok
------------------------	--

Sumber : (Manuaba, 2013)

b) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris, hal ini disebabkan karena posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialis (Marmi, 2014)

c) Mata

Pupil harus sama reaktif terhadap cahaya, terjadi refleks merah atau orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brushfield dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012)

d) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus melebihi 2,5 cm. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang, menunjukkan adanya gangguan pernapasan (Marmi, 2014)

e) Mulut

Simetris, tidak sumbing (skiziz), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus

(Walsh, 2012). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush* (Marmi, 2012)

f) Telinga

Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2012). Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantung luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian ke arah suara (Varney *et al*, 2007)

g) Leher

Periksa adanya trauma leher yang bisa menyebabkan kerusakan pada flekus brahkiialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012)

h) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernapas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernapasan yang normal, dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernapas perlu diperhatikan.

Pada bayi cukup bulan, puting susu berbentuk baik dan telapak simetris (Marmi, 2014)

i) Aksila

Aksila harus dipalpsi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Varney *et al*, 2007)

j) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau duktus omfaloentriskus persisten (Marmi, 2014)

k) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2012). Bayi harus dibalik sehingga pemeriksa bisa melihat lipatan lueteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas punggung atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan abnormalitas medulla spinalis (Walsh, 2012)

l) Genetalia

1) Laki-laki

Pada bayi laki-laki, panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2014)

2) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2014)

m) Anus

Anus berlubang (Saifuddin, 2012). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisi (Marmi, 2012). Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar, kemungkinan adanya mekonium plug syndrome megakolon atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014)

n) Ekstermitas

Ukuran setiap ulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris dan 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 dan ekstermitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas.

Bayi lahir dengan persentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2012)

o) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan, terkadang didapati kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang

berlebihan harus diwaspadai kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada usia 1-5 tahun (Saifuddin, 2012). Kulit bayi baru lahir yang normal yaitu tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki Ph berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih sehingga coklat kekuningan atau coklat tua (Saifuddin, 2012). Pada bayi dengan miliriasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012)

5. Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper), merupakan penyebab masalah (Varney *at al*, 2007)

a) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk atau disentuh secara perlahan menggunakan jari telunjuk, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2014)

b) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi bayi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012)

c) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit mulut bayi menimbulkan reflek menghisap (Marmi, 2012)

d) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Marmi, 2012)

e) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat (Marmi, 2012)

f) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Marmi, 2012)

g) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014)

h) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014)

i) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal, lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau putting (Marmi, 2014)

j) Refleks melangkah (*stepping*)

Bayi akan menggerak-gerakan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika dibiarkan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar dan keras (Marmi, 2014)



C. Diagnosa kebidanan

Menurut kemenkes RI (2011) perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir (neonatus) diberikan kepada jenis kelamin laki-laki atau perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan memiliki masalah, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, *oral trush*, *diaper rash*, seborrhea, bisulan, miliriasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014)

D. Perencanaan

Diagnosa : diagnosa yang dapat ditegakan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-4000 gram), PB (48-52 cm)

Tujuan : Bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

1. Kriteria

- a) Bayi tampak sehat, menangis kuat, kulit kemerah-merahan, bergerak aktif, tonus otot baik, minm ASI
 - b) Nadi 120-160x/menit
 - c) Suhu 36,5-37,5°C
 - d) Frekuensi pernapasan rata-rata 40x/menit, rentang 30-60x/menit
 - e) Berat badan 2500-4000 gram
- (Varney *et al*, 2007)

2. Intervensi

- a) Lakukan inform consent
R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan
R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang
- c) Beri identitas bayi
R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari adanya masalah atau kekeliruan
- d) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut
R/ Membungkus bayi untuk mencegah adanya hipotermi

- e) Rawat tali pusat dan bungkus dengan kassa steril
R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara untuk pencegahan infeksi
- f) Timbang berat badan setiap hari setelah bayi dimandikan
R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi
- g) Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung, dan pernapasan
R/ Deteksi dini adanya komplikasi
- h) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setiap setelah bayi BAK/BAB
R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas
- i) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif
R/ ASI merupakan makanan terbaik bayi dalam proses tumbuh kembang, pertahanan atau kekebalan tubuh dan kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari

3. Potensi masalah

Masalah 1 : Risiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

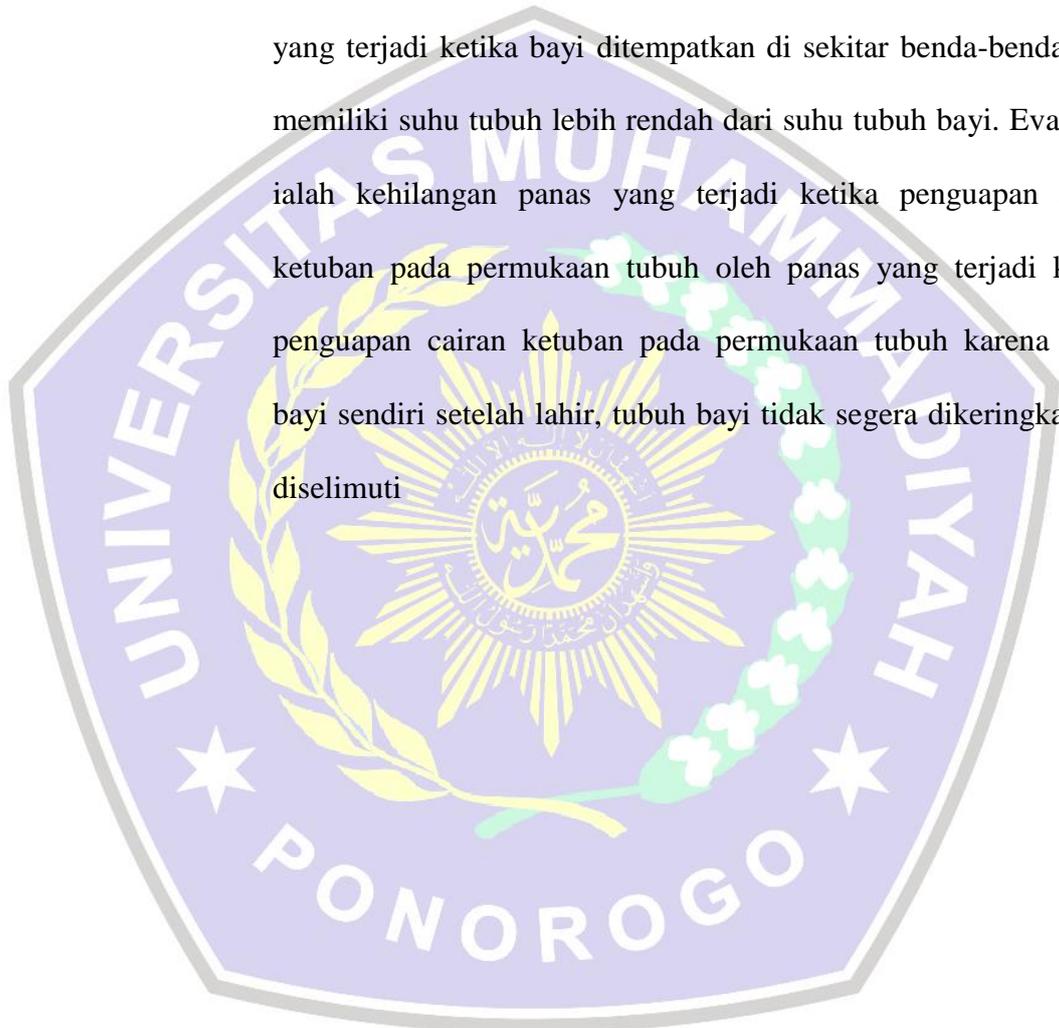
- a) Suhu bayi 36,5-37,5°C
- b) Bayi menyusu kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 140-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor kulit baik

Intervensi menurut Marmi (2012)

- 1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik dengan menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit
R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh yang bisa menjadi indikator pertama stress dingin
- 2) Kaji tanda-tanda hipotermi

- 3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi

R/ Konduksi ialah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antar tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Konveksi ialah kehilangan panas yang terjadi ketika bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi ialah kehilangan panas yang terjadi ketika bayi ditempatkan di sekitar benda-benda yang memiliki suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi ialah kehilangan panas yang terjadi ketika penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh karena panas bayi sendiri setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti



Masalah 2 : Risiko Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

1. Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dl
2. Bayi tidak kejang, tidak letargi, pernapasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, menangis kuat, dan nomotermi

Intervensi menurut Marmi (2012)

- a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko
R/ Bayi pterm, bayi lahir dari ibu pengidap diabetes, bayi lahir dengan asfiksia, stress karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi
- b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh tubuh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran
R/ Bayi yang berisiko, harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil
- c) Kaji seluruh tubuh bayi untuk mengetahui tanda-tanda hipoglikemi
R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut
- d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % untuk bayi yang berisiko hipoglikemi
R/ Nutrisi yang terpenuhi bisa mencegah hipoglikemi
- e) Berikan tindakan yang bisa meningkatkan rasa nyaman ketika istirahat, dan pertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ Tindakan tersebut bisa mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa, serta menghemat tingkat energi bayi

Masalah 3 : Risiko Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

1. Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dl
2. Timbul pada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir
3. Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan

Intervensi menurut Marmi (2012)

- a) Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sufanodima, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik) tertentu

- b) Mengkaji tanda dan gejala ikterik

R/ Pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselepati bilirubin (kerniterus)

- c) Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ Kolostrum sebagai pembersih selaput BBL, sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

- d) Jemur bayi dibawah sinar matahari pagi, sekitar jam 7-9 selama 10 menit

R/ Menjemur bayi dibawah sinar matahari pagi, sekitar jam 7-9 selama 10 menit, akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air supaya lebih mudah diekresikan

Masalah 4 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

1. Cuaca dingin
2. Jarang mencuci rambut bayi
3. Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012)

- a) Menyelimuti bayi dan menggunakan pakaian
R/ Menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat
- b) Memberikan obat-obatan topical seperti shampo yang tidak berbusa
R/ Mencegah terjadinya iritasi, mengkramasi bayi 2-3x seminggu
- c) Memberikan krim silanum sulvida/HG presipatus albus 2%
R/ Memberikan krim salep 3x/hari sehabis mandi

Masalah 5 : Miliriasis

Tujuan : Miliriasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh

Intervensi menurut Marmi (2012)

1. Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan kulit terlebih dahulu

R/ Pemakaian bedak berulang bisa menyambat pengeluaran keringat, sehingga memparah miliriasis

2. Kenakan pakaian yang berbahan katun

R/ Pakaian yang berbahan katun bisa menyerap keringat dengan baik

3. Memandikan bayi secara teratur 2x/hari

R/ Mandi bisa membersihkan tubuh bayi dari kotoran dan keringat yang berlebih

4. Periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti : gatal, luka atau lecet, bayi rewel dan sulit tidur

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut

5. Bila berkeringat, segera mengeringkan tubuh bayi dengan handuk, lap kering, atau waslap basah

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat

Masalah 6 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh

Kriteria :

1. Tidak muntah dan gumoh setelah minum ASI
2. Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012)

- a) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis

R/ Mengurangi masuknya udara secara berlebihan

- b) Sendawakan bayi setelah selesai menyusui

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi



Masalah 7 : Oral trush

Tujuan : Oral trush tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi bersih

Intervensi menurut Purwati (2011)

1. Bersihkan mulut bayi setelah menyusui dengan air matang

R/ Mulut bayi yang bersih, bisa meminimalkan tumbuh dan berkembangnya jamur *candida albicans* penyebab oral trush

2. Bila bayi menyusui dengan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, diseduh dengan air mendidih atau di rebus hingga mendidih sebelum digunakan

R/ Mematikan kuman

3. Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui bayi

R/ Mencegah terjadinya oral trush

Masalah 8 : Diaper rash

Tujuan : Tidak terjadi diaper rash

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada daerah genitalia dan bokong bayi

Intervensi menurut Varney (2010)

1. Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung, ganti dengan yang baru

R/ Menjaga kebersihan daerah sekitar genetalia sampai anus bayi

2. Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering, gunakan diaper yang sekali pakai

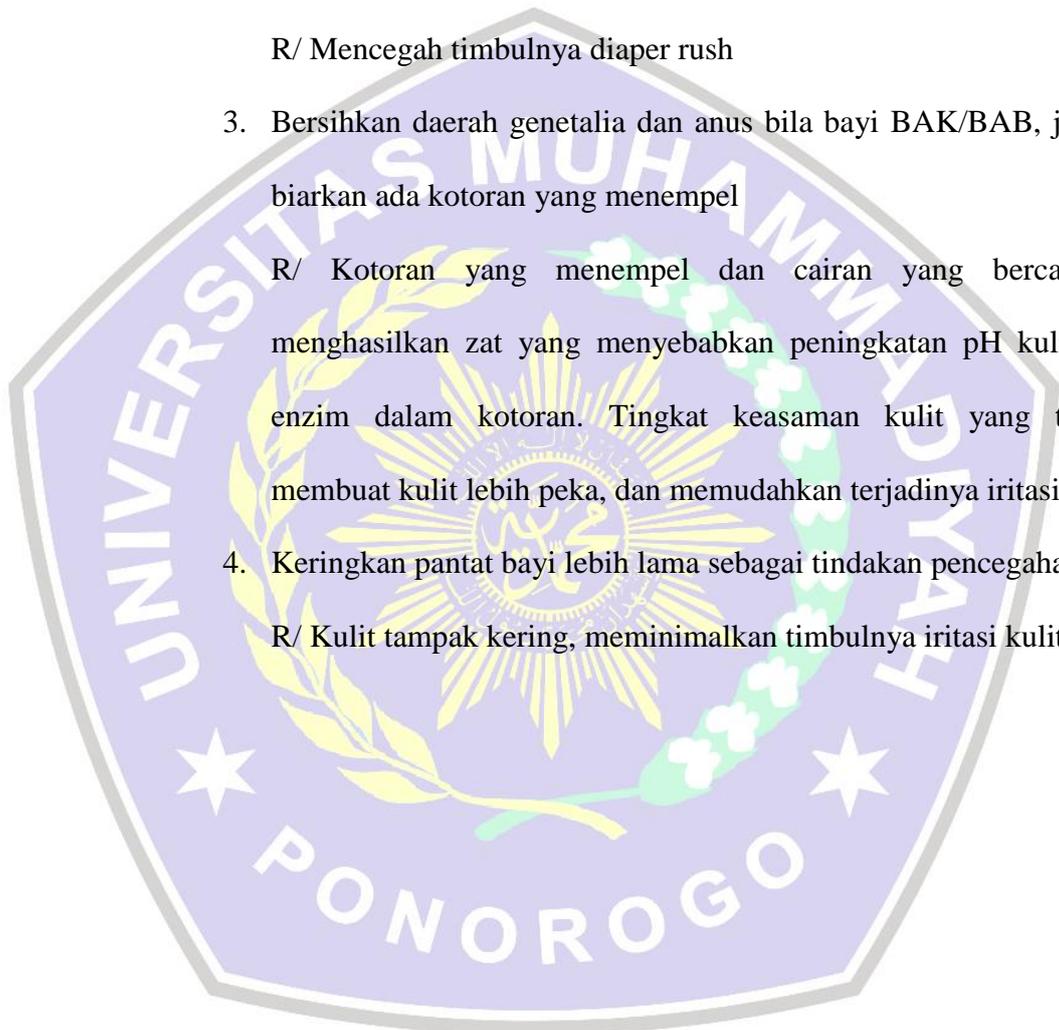
R/ Mencegah timbulnya diaper rash

3. Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAK/BAB, jangan biarkan ada kotoran yang menempel

R/ Kotoran yang menempel dan cairan yang bercampur, menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi, membuat kulit lebih peka, dan memudahkan terjadinya iritasi kulit

4. Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai tindakan pencegahan

R/ Kulit tampak kering, meminimalkan timbulnya iritasi kulit



2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

A. Data Subyektif

1. Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari supaya tidak terjadi kesalahan dalam memberikan pelayanan (Saifuddin, 2012)

b) Umur

Wanita usia <20 tahun, menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2012)

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Mochtar, 2015)

d) Pendidikan

Makin rendah tingkat pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan. Yaitu kontak, suntikan, susuk, AKDR (Manuaba, 2013)

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik, mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak terduga (Mochtar, 2015)

f) Alamat

Wanita yang tinggal ditempat terpencil, mungkin memiliki metode kontrasepsi yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur antara petugas keluarga berencana (Varney *et al*, 2007)

2. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Affandi (2012)

- a) Usia 20-35 tahun
- b) Usia >35 tahun, dan tidak ingin memiliki anak lagi

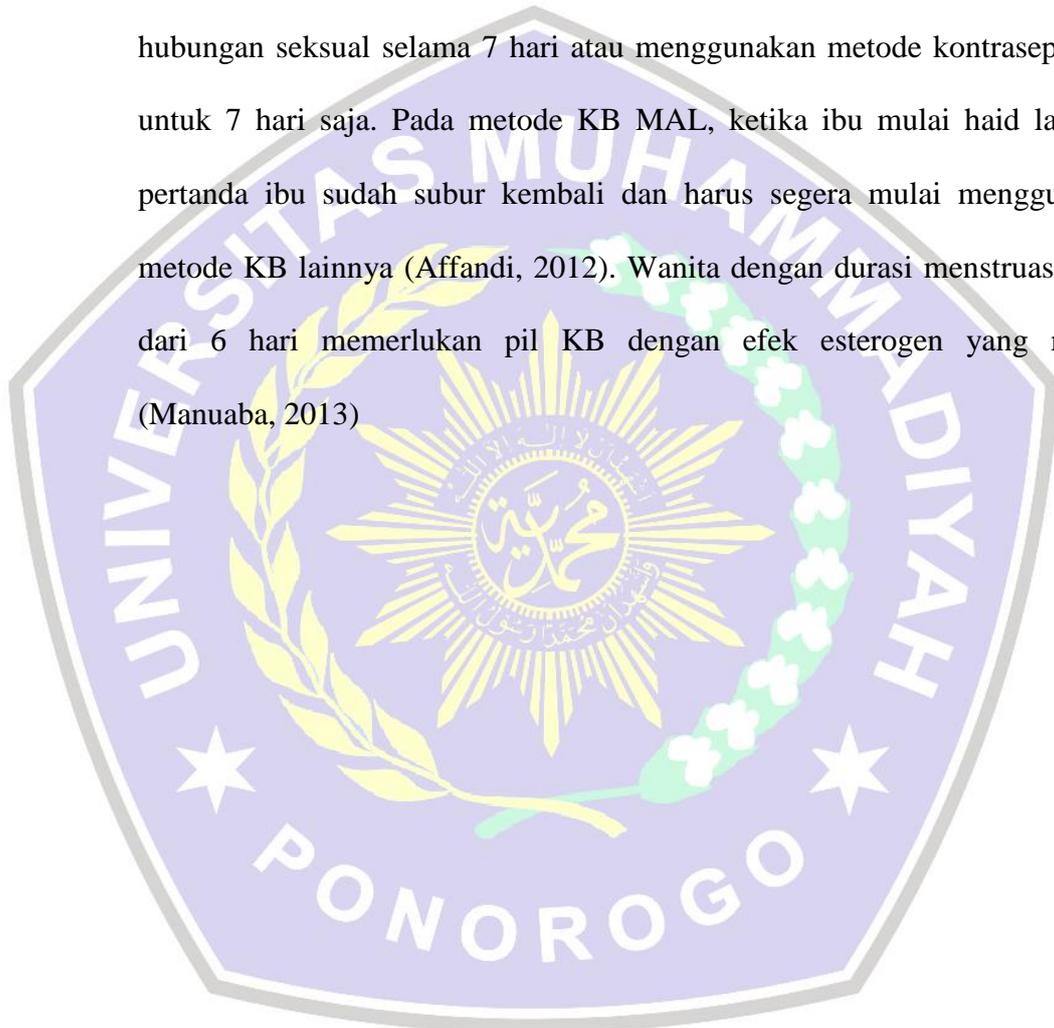
3. Riwayat kesehatan

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu penderita kanker payudara, atau riwayat kanker payudara, diabetes militus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke
- b) Penyakit stroke, jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin
- c) Ibu dengan penyakit infeksi genitalia (vaginitis, servikitis), sedang mengalami atau menderita Penyakit Radang Panggul (PRP) atau abortus septik, kelainan bawaan uterus abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin
- d) Kontrasepsi implan bisa digunakan untuk ibu yang menderita tekanan darah <180/100 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (*sickle cell*)
- e) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, memerlukan konseling pra konsepsi dengan memperhatikan risiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Affandi, 2012)

4. Riwayat kebidanan

a) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascasalin insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain, bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi bisa dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek esterogen yang rendah (Manuaba, 2013)



b) Riwayat kehamilan, persalinan yang lalu

Pada ibu pasca persalinan dan tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada ibu yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil. Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontra indikasi KB IUD (Affandi, 2012)

c) Riwayat KB

Pengguna KB hormonal (suntik), dapat digunakan pada aseptor pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD), tanpa ada kontra indikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014).

Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2014)

5. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kemih karena relaksasi otot

c) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido

d) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2013)

6. Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik. Ibu menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012)

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Manuaba, 2010). Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Affandi, 2012)

2. Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Manuaba, 2010). Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012)

3. Pemeriksaan fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebih di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012)

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin. Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Affandi, 2012)

c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013). Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012). Terdapat benjolan/kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan (Affandi, 2012)

d) Abdomen

Peringatan khusus untuk pengguna implan bila disertai rasa nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2012)

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak (spotting) dan amenore (Manuaba, 2010). Ibu penderita varises vulva dapat menggunakan kontrasepsi AKDR. Efek samping umum yang terjadi pada pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak,

perdarahan bercak (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain seperti perdarahan hebat ketika haid (Affandi, 2012)

f) Ekstermitas

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik, juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan (Manuba, 2010). Pada pengguna implan, luka bekas insersi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan. Ibu dengan varises tungkai, bisa menggunakan kontrasepsi AKDR (Affandi, 2012)

4. Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

Pemeriksaan bimanual :

- a) Memastikan bimanual serviks bebas
- b) Menentukan besar dan posisi uterus
- c) Memastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneksa (Saifuddin, 2012)

C. Diagnosa kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, perdarahan bercak (spotting), nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginaan, prognosa baik (Saifuddin, 2012)

D. Perencanaan

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik

Tujuan :

1. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif

2. Pengetahuan ibu tentang jenis-jenis, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB
3. Ibu bisa memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya

Kriteria :

- a) Pasien bisa menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan oleh petugas kesehatan
- b) Ibu bisa memilih KB yang diinginkan dan sesuai
- c) Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2012)

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan
R/ Meyakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri
2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)
R/ Dengan mengetahui informasi tentang klien, dan bisa membantu apa yang diinginkan klien
3. Uraikan atau jelaskan kepada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi. Meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi
R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci, dapat membantu klien dalam memilih kontrasepsi yang sesuai
4. Bantu klien untuk menentukan pilihan
R/ Klien bisa memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya
5. Diskusikan pilihan dengan pasangan klien
R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga memerlukan dukungan dari pasangan klien
6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan, petugas kesehatan mampu meyakinkan klien untuk lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut

7. Beritahu pada klien untuk melakukan kunjungan ulang

R/ Kunjungan ulang berguna untuk memantau keadaan dan mendeteksi dini jika terjadi suatu masalah atau komplikasi selama penggunaan kontrasepsi

Masalah 1 : Amenorea

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, klien tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Klien beradaptasi dengan kondisinya

Intervensi menurut Affandi (2012)

1. Kaji pengetahuan klien tentang amenorea

R/ Mengetahui tingkat pengetahuan klien

2. Pastikan klien tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid terkumpul di dalam rahim

R/ Ibu dapat merasa tenang

3. Bila terjadi kehamilan, hentikan penggunaan KB, jika kehamilan ektopik segera rujuk

R/ Penggunaan KB pada kehamilan bisa mempengaruhi kehamilan, dan kehamilan ektopik berpeluang lebih besar pada pengguna KB

Masalah 2 : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing bisa teratasi

Kriteria : Tidak terasa pusing dan klien mengerti efek samping KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2012)

1. Kaji keluhan pusing klien

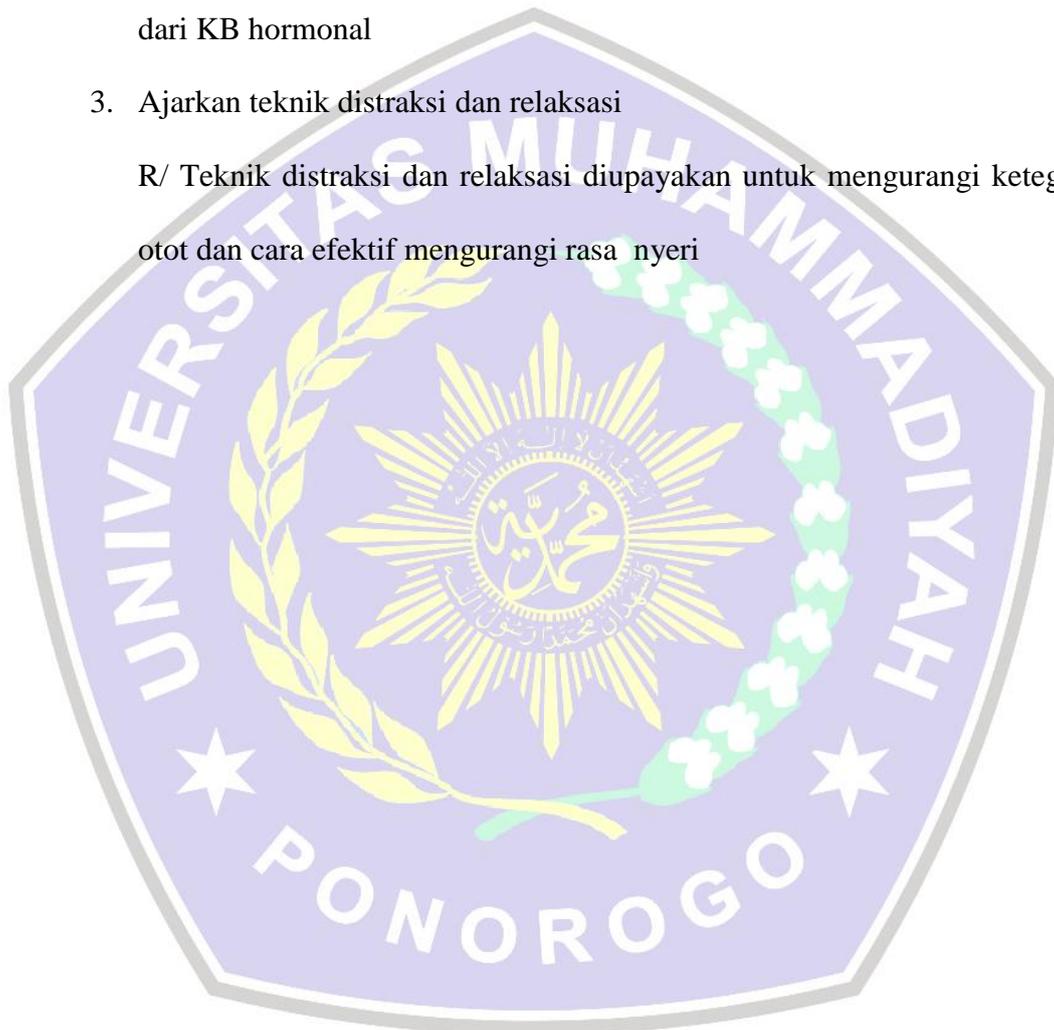
R/ Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan tindakan selanjutnya

2. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti dan paham bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi diupayakan untuk mengurangi ketegangan otot dan cara efektif mengurangi rasa nyeri



Masalah 3 : Perdarahan bercak (spotting)

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, klien bisa beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan klien berkurang atau teratasi

Intervensi menurut Saifuddin (2012)

1. Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan

R/ Klien mengerti dan paham dengan keadaannya, dan perdarahan bercak merupakan efek samping dari KB hormonal

2. Bila klien tidak bisa menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan penggunaan KB hormonal, kontrasepsi bisa diganti dengan non hormonal

R/ Klien merasa tenang

Masalah 4 : Perubahan berat badan

Tujuan : Klien menerima perubahan berat badan

Kriteria : Klien merasa tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2012)

1. Jelaskan kepada klien bahwa kenaikan berat badan atau penurunan berat badan merupakan efek samping dari penggunaan kontrasepsi

2. R/ Akseptor akan mengalami kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg pada minggu pertama penggunaan kontrasepsi

3. Jika terdapat kenaikan berat badan, anjurkan klien untuk melakukan diet seimbang dan lakukan olahraga teratur

R/ Tidak setiap kenaikan berat badan dipicu oleh penggunaan kontrasepsi

4. Bila klien terlalu kurus, anjurkan klien untuk melakukan diet tinggi kalori.
Jika berhasil, anjurkan klien untuk mengganti kontrasepsi dengan non hormonal
R/ Keadaan ibu terlalu kurus bisa menyebabkan klien mengalami KEK (Kekurangan Energi Kronik)

E. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultral
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (inform consent)
3. Melaksanakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien
5. Menjaga privasi
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sasaran dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melaksanakan tindakan sesuai prosedur (SOP)
10. Mencatat atau melakukan dokumentasi terhadap segala tindakan

F. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistemis dan

berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan dan perkembangan kondisi klien, dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan di dokumentasikan
3. Evaluasi dilakukan sesuai standar
4. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien



G. Dokumentasi

Menurut Kemenke RI No.133 (2007). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP. Sebagai berikut :

S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan

