

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

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

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

- 1) Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Hanafiah dkk, 2016:213).

- 2) Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang berawal dari terjadinya pertemuan persenyawaan antara sperma dan ovum sehingga akan terbentuk zigot yang pada akhirnya membentuk janin. Kehamilan terjadi pada saat pertemuan ovum dan sperma hingga masa dimana janin siap lahir, dalam perhitungan medis \pm 40 minggu (Masiroh, 2013:73)
- 3) Menurut Reece, kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dan sperma (sel mani) yang disebut pembuahan atau fertilisasi (Mandriwati, dkk, 2017:45).
- 4) Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus pembentukan plasenta dan tubuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010:84).
- 5) Menurut Bobak, dkk (2016:90) kehamilan adalah peristiwa yang didahului bertemunya sel telur atau ovum dengan sel sperma dan akan berlangsung selama kira-kira 10 bulan lunar atau 9 bulan kalender atau 40 minggu atau 280 hari yang dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir atau Last Menstrual Period (LPM).

2.1.2 Fisiologi Kehamilan

1) Konsepsi

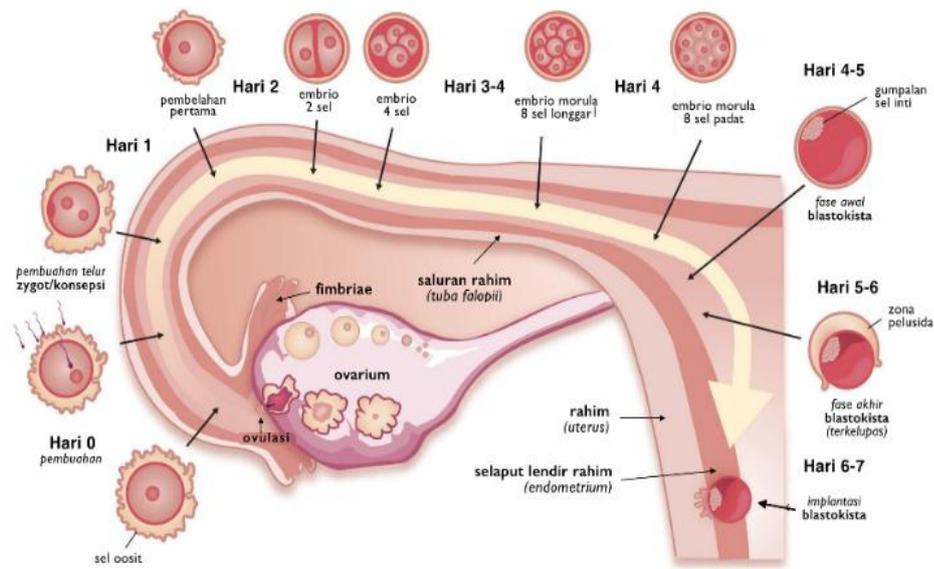
Menurut Manuaba (2013:87), pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Sedangkan menurut Sulistyawati (2011:56), konsepsi adalah pertemuan ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Proses konsepsi dapat berlangsung sebagai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

- (a) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, tertutup korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.
- (b) Pada ovum, dijumpai inti dalam betuk metaphase di tengah sitoplasma yang disebut vitellus.
- (c) Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitellus, melalui saluran pada zona pelusida.
- (d) Konsepsi terjadi pada pars ampula tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampula tuba.

(e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri, terjadi kapasitas, yaitu pelepasan lipoprotein dan sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi.

2) Nidasi dan Implantasi

Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum dan disebut stadium morula. Pembelahan berjalan terus dan didalam morula terbentuk ruangan dimana mengandung cairan yang disebut blastula. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, blastula dan vili korialisnya yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sel trofoblas yang meliputi "primer vili korialis" melakukan destruksi enzimatik proteolitik, sehingga dapat menanamkan diri dalam endometrium. Proses penanaman blastula yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai 7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula kedalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda *Hartman* (Manuaba, 2012:82).

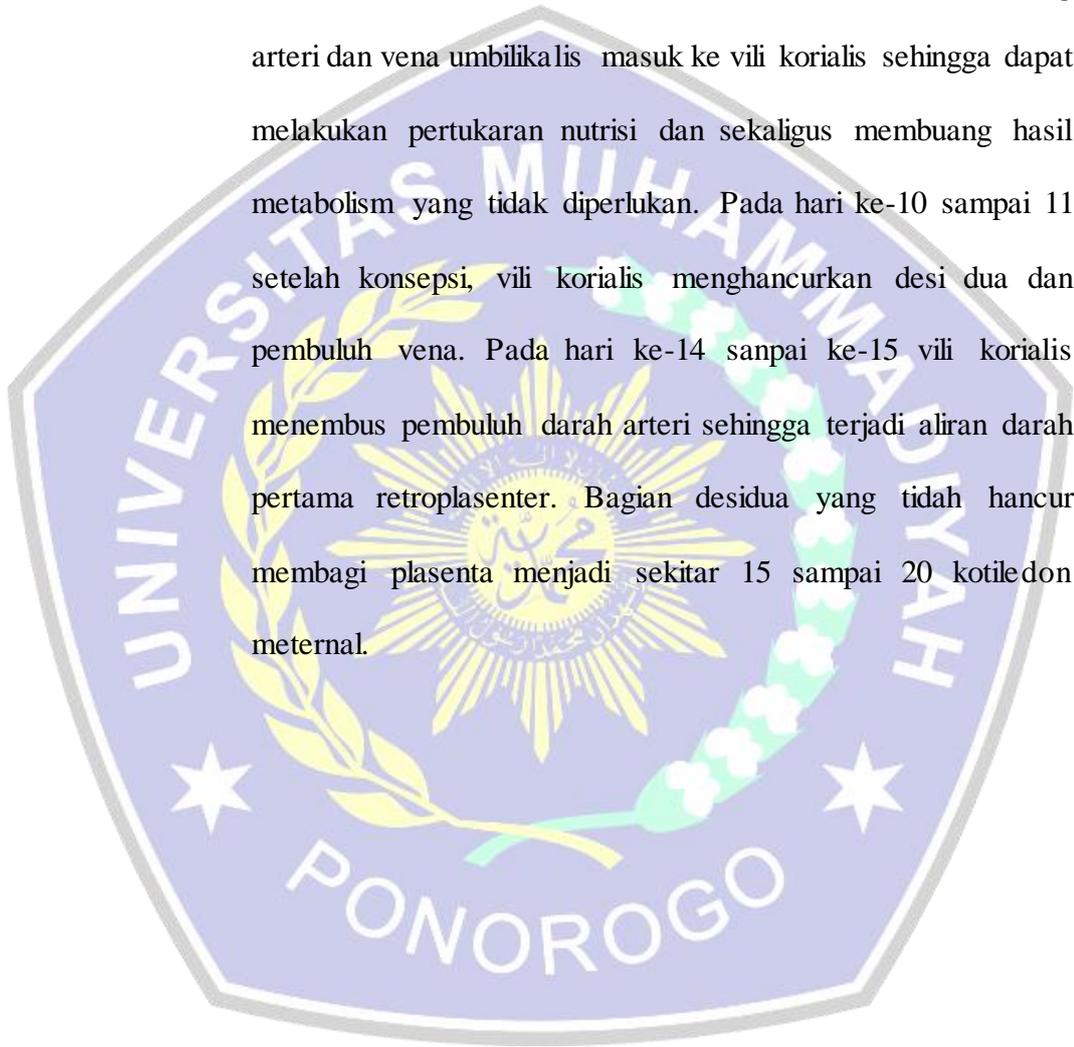


Gambar 2.1
 Proses Implantasi atau Nidasi
 Sumber: Witjaksono J. 2015

3) Pembentukan Plasenta

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

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

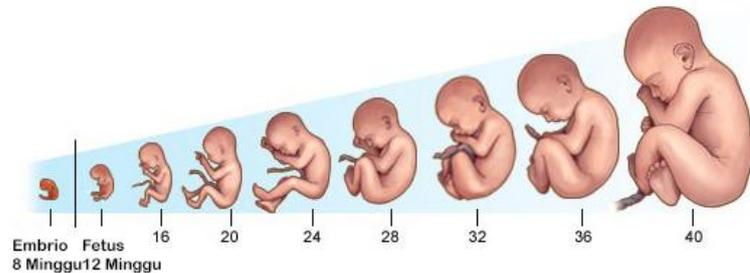


Tabel 2.1
Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia Gestasi (Minggu)	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari – jari telah terbentuk, namun masih tergegangam. Jantung telah terbentuk penuh
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah
8	Mirip bentuk manusia mulai pembenyukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai usai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, sudah mulai terbentuk lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk meconium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150x per menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuhnya dipenuhi verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai reflek.
25-28	Saat disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50%-70%). Tulang sudah terbentuk sempurna, pernafasan regular, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Lanugo mulai berkurang, pada saat 30 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal

Sumber: Hanafi dalam Saifuddin, 2010:159

Pertumbuhan Janin dalam 40 Minggu



Gambar 2.2
Pertumbuhan dan Perkembangan Janin
Sumber: Manuaba, 2010:89

2.1.3 Tanda-tanda Gejala Kehamilan

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

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

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

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

Enek terjadi umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan, disertai kadang-kadang oleh emesis. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut morning sickness (Putranti, 2018:67).

(c) Mengidam (ingin makan khusus/tertentu)

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

(d) Pingsan

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

(e) Anoreksia (tidak ada selera makan)

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

(f) Sering kencing

Terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini kembali, karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin (Hani dkk, 2010:73).

(g) Obstipasi

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

(h) Pigmentasi Kulit

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

(i) Epulis

Suatu hipertofi papilla gingiviae, sering terjadi pada triwulan pertama (Romauli, 2011:94).

(j) Varises (penekanan vena-vena)

Keadaan ini sering dijumpai pada triwulan terakhir dan terdapat pada daerah genitalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida, kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali pada triwulan pertama. Kadang – kadang timbulnya varises merupakan gejala awal kehamilan muda (Romauli, 2011:94).

2) Tanda Kemungkinan Hamil

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

(a) Uterus membesar

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

(b) Tanda *hegar*

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

(c) Tanda *chadwick*

Hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva nampak lebih merah dan agak kebiru – biruan (livide). Warna portio pun tampak livide. Hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen. (Romauli, 2011:94).

(d) Tanda *piscaseck*

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

(e) Tanda *braxton hicks*

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

(f) *Goodell sign*

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

(g) Reaksi kehamilan positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air seni pertama pada pagi hari. Dengan tes ini, dapat membantu menentukan diagnose kehamilan sedini mungkin (Hani, 2010:75)

3) Tanda Pasti Kehamilan

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

(a) Terasa gerakan janin

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

(b) Teraba bagian – bagian janin

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

(c) Denyut jantung janin

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

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

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

2.1.4 Perubahan Fisiologis Dalam Kehamilan

Pada kehamilan terdapat perubahan pada seluruh tubuh wanita, khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna seperti pada payudara (mammae). Menurut Hutahaeen (2013:75) perubahan yang terdapat pada ibu hamil trimester III adalah:

1) Uterus

Pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat dipalpasi dibagian tengah antara umbilicus dan sternum. Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan sternum. Tuba uteri tampak sedikit agak terdorong ke dalam di atas bagian tengah uterus. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat. Oleh karena itu, segmen bawah rahim berkembang lebih cepat dan meregang secara radial, yang

jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar pelvis, akan menyebabkan presentasi janin melalui penurunannya ke dalam perlvls bagian atas. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tinggi fundus uteri yang disebut dengan lightening (Marmi, 2011:79).

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald

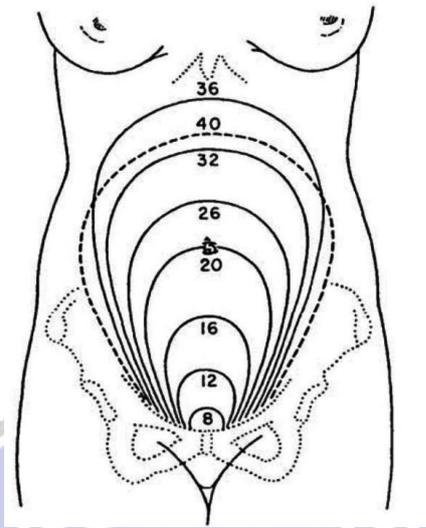
No.	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1.	22-28 minggu	24-25 cm di atas simfisis
2.	28 minggu	26,7 cm di atas simfisis
3.	30 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
4.	32 minggu	29,5-30 cm di atas simfisis
5.	34 minggu	31 cm di atas simfisis
6.	36 minggu	32 cm di atas simfisis
7.	38 minggu	33 cm di atas simfisis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

Sumber: Sofian, A. 2012:35

Tabel 2.3
Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold

No.	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1.	28 minggu	2-3 jari di atas pusat
2.	32 minggu	Pertengahan pusat – <i>processus xifoidieus</i> (px)
3.	36 minggu	3 jari bawah px
4.	40 minggu	Pertengahan pusat – px, tapi melebar kesamping

Sumber: Sofian, A. 2012:35



Gambar 2.3
Pemeriksaan Fundus Uteri Untuk Menentukan Umur Kehamilan
Sumber: Saifuddin. 2016. *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Hal: 176.
Jakarta: BPSP

2) Serviks Uteri

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

3) Vagina dan Vulva

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

4) Payudara

Keluarnya cairan berwarna kekuningan dari payudara ibu yang disebut dengan kolostrum. Hal ini tidak bahaya dan merupakan pertanda bahwa payudara sedang menyiapkan Air Susu Ibu (ASI) untuk menyusui banyinta nanti (Putranti, 2018:46).

5) Kulit

Perubahan warna kulit menjadi lebih gelap terjadi pada 90% ibu hamil. Hiperpigmentasi terlihat lebih nyata pada wanita berkulit gelap dan terlihat di area seperti areola mammae, perineum, dan umbilicus juga di daerah yang mengalami gesekan seperti aksila dan paha bagian dalam. Hal ini disebabkan karena peningkatan hormone penstimulasi (melanosit stimulating hormone-MSH), eterogen dan progeteron (Fitriani, 2018:82)

6) Sistem Kardiovaskular

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

dasar plasenta kira – kira 500 ml/menit pada kehamilan cukup bulan.

Menurut Irene M. Bobak peningkatan volume darah terjadi selama kehamilan, mulai pada 10-12 minggu usia kehamilan dan secara progresif sampai dengan usia kehamilan 30-34 minggu. Anemia adalah suatu kondisi dimana terdapat kekurangan sel darah merah atau heboglobin. Kadar Hb <11gr/dl (pada trimester I dan II) atau <10,5 gr/dl (pada trimester II) (Kemenkes RI, 2013). Menurut Manuaba, anemia pada ibu hamil dapat diklasifikasikan menjadi empat, yaitu tidak anemia (Hb 11 gr/dl), anemia ringan (Hb 9-10 gr/dl), anemia sedang (7-8 gr/dl), anemia berat (<7 gr dl) (Suryandari dan Happinsari, 2015:33). Program intervensi untuk menanggulangi ataupun mencegah kekurangan zat besi salah satunya adalah peningkatan konsumsi makanan kay gizi. Untuk menanggulangi masalah anemia defisiensi zat besi melalui peningkatan asupan makanan dapat diupayakan dengan mengonsumsi bahan makanan yang mengandung zat besi tinggi dan/atau meningkatkan konsumsi bahan makanan yang bersifat meningkatkan absorpsi zat besi. Memberikan zat besi 60 mg/hari dapat meningkatkan kadar Hb sebanyak 1 gr/dl/bulan. Sedangkan bahan makanan yang dapat meningkatkan penyerapan zat besi antara lain buah – buahan, sayur – sayuran

yang kaya akan vitamin A, C serta asam folat (Ani, L.S, 2013:75).

7) Sistem Respirasi

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

8) Sistem Pencernaan

Pada kehamilan trimester tiga, lambung berada pada posisi vertikal dan bukan pada posisi normalnya, yaitu horizontal. Kekuatan mekanis ini menyebabkan peningkatan intragastric dan perubahan sudut persambungan gastro-esofagel yang mengakibatkan terjadinya refluks esofagel yang lebih besar. Penurunan drastis tonus dan motilitas lambung dan usus ditambah relaksasi sfingter bawah esophagus merupakan faktor predisposisi terjadinya nyeri ulu hati, konstipasi dan hemoroid. Hemoroid terjadi akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena – vena di bawah uterus termasuk vena hemoroidal. Konstipasi dikeranakan hormone progesteron menimbulkan gerakan usus makin burkurang (relaksasi otot – otot polos) sehingga makanan lebih lama di dalam usus dan juga dapat terjadi karena

kurangnya aktifitas/senam dan penurunan asupan cairan. Nyeri ulu hati dianggap akibat adanya sedikit peningkatan intragastrik yang dikombinasikan dengan penurunan tonus sfingter bawah esophagus sehingga asam lambung reflaks ke dalam esophagus bagian bawah (Putranti, 2018:50).

9) Sistem Perkemihan

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

10) Sistem Muskuloskeletal

Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen. Untuk mengkompensasi penambahan berat badan ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur (Marmi, 2015:55). Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka,

sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobolitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan akhirnya dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Saifuddin, dkk. 2013:45).

11) Kenaikan Berat Badan

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

Tabel 2.4
Perhitungan Berat Badan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

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

Sumber: Walyani, E. 2015:55

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

IMT: Indeks Mada Tubuh

BB: Berat Badan (kg)

TB: Tinggi Badan (m)

2.1.5 Perubahan Psikologi Ibu Hamil

Kehamilan merupakan waktu transisi yaitu kehidupan sebelum memiliki anak yang berada dalam kandungan dan kehidupan setelah anak lahir. Secara umum emosi yang dirasakan oleh ibu hamil cukup labil, ia dapat memiliki reaksi yang ekstrim dan suasana hati yang cepat berubah. Ibu hamil menjadi sangat sensitif dan cenderung bereaksi berlebihan. Ibu hamil lebih terbuka terhadap dirinya sendiri dan suka berbagi pengalaman dengan orang lain. Wanita hamil memiliki kondisi yang sangat rapuh, sangat takut akan kematian baik dirinya maupun bayinya (Romauli, 2011:89).

1) Trimester 1

Menurut Armyati (2015:71) perubahan psikologi pada trimester I adalah:

- (a) Ibu merasa ragu akan kehamilannya
- (b) Ibu akan selalu mencari ketepatan tanda – tanda bahwa dirinya benar – benar hamil
- (c) Muncul ketidak nyamanan atau rasa kurang sehat yang ia alami
- (d) Keraguan tentang diri dan pasangannya untuk menerima peran baru sebagai orangtua
- (e) Keraguan tentang kemampuan ekonomi.

2) Trimester II

Menurut Armyati (2015:71) perubahan psikologi pada trimester II adalah:

- (a) Ibu merasa sehat (feling of well-being)
- (b) Menurunnya rasa tidak enak dan gejala fisik lainnya
- (c) Ibu melupakan rasa takut dan cemas dengan adanya gerakan janin
- (d) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- (e) Konsentrasi ibu pada kebutuhan dirinya sendiri dan janin
- (f) Tertarik pada kehamilan, persalinan, dan perilaku bayinya
- (g) Ibu dapat menerima peran barunya
- (h) Mulai menunjukkan perilaku bersatunya dengan bayi baru

3) Trimester III

Menurut Armyati (2015:71) perubahan psikologi pada trimester III adalah:

- (a) Rasa tidak nyaman muncul kembali
- (b) Ibu lebih sering merasa mudah lelah
- (c) Kekhawatiran terhadap kesehatan diri dan janinnya
- (d) Perenungan terhadap penerimaan peran sebagai ibu
- (e) Khayalan terhadap situasi sebagai orangtua
- (f) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya
- (g) Gangguan pikiran tentang persalinan.

2.1.6 Kebutuhan Dasar Selama Masa Kehamilan

1) Oksigen

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

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

2) Nutrisi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan selama masa kehamilan karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Menurut Hendrawan Nasedul yang dikutip oleh Mitayani (2010:35), gizi pada saat kehamilan adalah zat makanan atau menu yang tertakar semua zat gizinya dibutuhkan oleh ibu hamil setiap hari dan mengandung zat gizi

seimbang dengan sesuai kebutuhan dan tidak berlebihan. Demi kesuksesan kehamilan, keadaan gizi ibu pada waktu konsepsi harus dalam keadaan baik, dan selama hamil harus mendapat tambahan energi, protein, vitamin, dan mineral.

(a) Kalori

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energi yang meningkat. Energi ini digunakan untuk pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru (Almatsier, 2009:55). Selain itu, tambahan kalori dibutuhkan sebagai cadangan lemak serta untuk proses metabolisme jaringan baru (Mitayani, 2010:47). Ibu hamil memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Penambahan sebesar 300 kkal/hari untuk ibu hamil trimester ketiga. Dengan demikian dalam satu hari asupan energi ibu hamil trimester ketiga dapat mencapai 2.300 kkal/hari. Kebutuhan energi yang tinggi paling banyak diperoleh dari bahan makanan sumber lemak, seperti lemak dan minyak, kacang – kacangan, dan biji – bijian. Selain itu, bahan makanan sumber karbohidrat seperti padi – padian, umbi – umbian, dan gula murni (Almatsier, 2009:56).

(b) Protein

Pada saat hamil terjadi peningkatan kebutuhan protein yang disebabkan oleh peningkatan volume darah dan pertumbuhan jaringan baru. Jumlah protein yang harus tersedia sampai akhir kehamilan adalah sebanyak 925 gr yang tertimbun dalam jaringan ibu, plasenta, serta janin.

Penambahan sebanyak 17gram untuk kehamilan pada trimester ketiga atau sekitar 1,3 g/kg/hr. Dengan demikian, dalam satu hari asupan protein dapat mencapai 67-100 gr.

(Aritonang, 2010:48)

(c) Vitamin dan mineral

Bagi pertumbuhan janin yang baik di butuhkan berbagai vitamin dan mineral seperti vitamin C, asam folat, zat besi, kalsium, dan zink (Aritonang, 2010:48).



Tabel 2.5
Kecukupan Gizi Hamil

Zat Gizi	Kebutuhan Penambahan Untuk Wanita Hamil	Contoh Dan Jenis Makanan
Energy	285 Kkal	Nasi, roti, ubi, jagung, kentang, dll
Protein	12 gram	Daging, ikan, telur, ayam, kacang – kacang, tahu, tempe
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati, sayuran, dan buah hijau kuning kemerahan
Kalsium	500 mg	Susu, ikan, sayuran hijau, kacang – kacang kering
Vitamin B1	0,2 mg	Biji – bijian, padi – padian, kacang – kaangan daging
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran, kacang
Niasin	1 mg	Hati, daging, ikan, biji – bijian, kacang – kacang
Vitamin C	10 mg	Sayur, buah – buahan
Zat besi	30 mg	Daging, hati, sayur hijau, bayam, kangkong, daun papaya, daun katuk

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

3) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh ibu hamil primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi terendah janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. (Mochtar, 2011:53).

(b) Buang Air Besar (BAB)

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

4) Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur malam dan kegiatan – kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga

seminimal mungkin. Tidur malam ± 8 jam, istirahat atau tidur siang ± 1 jam. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karna istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani, dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. (Mochtar, 2011:54).

5) Aktivitas

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

6) Personal Hygiene

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

(a) Kebersihan rambut dan kulit kepala

Rambut berminyak cenderung menjadi lebih sering selama kehamilan karena *over activity* kelenjar minyak kulit kepala dan mungkin memerlukan keramas lebih sering. Rambut bisa tumbuh lebih cepat selama kehamilan dan mungkin memerlukan pemotongan lebih sering. Menjaga kebersihan rambut dan kulit kepala sangatlah penting. Disarankan ibu hamil untuk mencuci rambut secara teratur guna menghilangkan segala kotoran, debu dan endapa minyak yang menumpuk pada rambut membantu memberikan stimulasi sirkulasi darah pada kulit kepala dan memonitor masalah – masalah pada rambut dan kulit kepala.

(b) Kebersihan gigi dan mulut

Ibu hamil harus memperhatikan kebersihan gigi dan mulut untuk menjaga dari semua kotoran sisa makanan yang tertinggal dalam gigi yang mengakibatkan kerusakan pada gigi dan bau mulut. Kebersihan dan perawatan gigi dapat dilakukan dengan oral hygiens dengan menggunakan sikat dan pasta gigi sedangkan kebersihan area mulut dan lidah bisa dilakukan menggunakan kasa yang dicampur dengan antiseptik. Penjadwalan untuk trimester I terkait dengan hyperemesis dan ptyalisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga,

misalnya pencegahan karies pada gigi. Sedangkan untuk trimester III, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya karies dan gingivitis.

(c) Kebersihan payudara

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

(d) Pakaian selama hamil

Pada dasarnya pakaian apa saja dapat dipakai. Pakaian yang baik untuk wanita hamil adalah yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu: sabuk dan stoking yang terlalu ketat, sebab akan mengganggu

aliran balik darah serta sepatu dan hak tinggi, karena akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah. Payudara perlu ditopang dengan bra yang dapat menopang payudara sehingga mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran.

(e) Kebersihan Genetalia

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

(f) Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, coitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan jika dilakukan dengan hati – hati. Pada akhir kehamilan, jika kepala sudah masuk kedalam rongga panggul, coitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan. Coitus tidak dibenarkan bila:

- (1) Terdapat perdarahan pervaginam
- (2) Terdapat riwayat abortus berulang
- (3) Abortus/partus prematurus imminens

(4) Ketuban pecah dini

(5) Serviks telah membuka.

(Romauli, 2011:136)

(g) Obat – obatan

Menurut Lili Yulaikah (2009) dikutip dari Andian (2018:133), beberapa obat dapat melintasi plasenta, maka penggunaan obat pada wanita hamil perlu di perhatikan mengenai obat apa saja yang relatif aman hingga harus dihindari selama masa kehamilan. Dalam plasenta obat mengalami proses biotransformasi sebagai upaya perlindungan dan dapat terbentuk senyawa reaktif yang bersifat teratogenik atau dismoforegik. Obat – obatan yang dapat menyebabkan terbentuknya senyawa teratogenik dapat merusak janin dalam pertumbuhan.

(h) Imunisasi

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

Tabel 2.6
Imunisasi Tetanus Toxoid

Antigen	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	>25 tahun

Sumber: (Kemenkes RI, 2017:2)

2.1.7 Hormon Yang Mempengaruhi Kehamilan

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

1) Estrogen

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

2) Progesteron

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

3) Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

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

4) Human Placenta Lactogen (HPL)

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

5) Pituitary Gonadotropin

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

6) Prolaktin

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

7) Growth Hormone (STH)

Produksinya sangat rendah karena mungkin ditekan oleh HPL.

8) TSH, ACHT, dan MSH

Hormon – hormon ini tidak banyak dipengaruhi oleh kehamilan.

9) Titoksin

Kelenjar tyroid mengalami hipertrofi dan produksi T4 meningkat.

10) Aldosteron, Renin dan Angiotensin

Hormon ini banyak naik, yang menyebabkan naiknya volume intravaskuler.

11) Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat estrogen, progesteron dan HPL.

12) Parathormon

Hormon ini relative tidak dipengaruhi oleh kehamilan.

2.1.8 Tanda Bahaya Kehamilan

1) Perdarahan pervaginam

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

a. Abortus imminens

Sering juga disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi jika ditemukan perdarahan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil yang positif. Dalam kasus ini keluarnya janin masih dapat dicegah dengan memberikan terapi hormonal dan antipasmodik serta istirahat. Jika setelah beberapa minggu ternyata perdarahan masih ditemukan dan dalam dua kali tes kehamilan menunjukkan hasil yang negatif, maka harus dilakukan kuretase karena hal tersebut menandakan abortus sudah terjadi (Andina, 2018:221).

b. Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung)

Abortus insipiens terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban. Penanganannya sama dengan abortus inkompletus (Romauli, 2011:211).

c. Abortus habitualis (keguguran berulang)

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

d. Abortus inkompletus (keguguran bersisa)

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

Jika terdapat tanda – tanda syok, maka atasi terlebih dahulu dengan pemberian transfusi darah dan cairan, kemudian keluarkan jaringan secepatnya dengan metode digital (menggunakan dua jari) atau kuretase, dan selanjutnya berikan obat – obatan uterotonika dan antibiotik.

e. Abortus kompletus (keguguran lengkap)

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

f. Plasenta Previa

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

g. Solusio Plasenta (Abrupsio)

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

h. Vasa Previa

Vasa previa adalah tali pusat yang tidak berinsersi pada jaringan plasenta dan menyebabkan pembuluh darahnya melintasi kanalis serviks, sehingga saat ketuban pecah, pembuluh darah yang berasal dari janin ikut serta pecah. Vasa previa dapat dikira sebagai plasenta previa, untuk membedakannya dilakukan tes dengan menggunakan NaOH 0,25% sehingga terlihat perubahan warna. Jika warna ketuban berubah menjadi kuning kecoklatan, menandakan darah berasal dari ibu dan bila berwarna merah berarti hemoglobin janin (Sriningsih, 2018:223).

2) Sakit kepala yang hebat

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

3) Masalah penglihatan

Pandangan kabur akibat pengaruh hormonal dalam kehamilan, masalah penglihatan yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan-perubahan visual secara mendadak, misalnya pandangan kabur, atau terbayang dan berbintik – bintik, perubahan penglihatan mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat (Yulifah dkk, 2010:102).

4) Bengkak pada muka dan tangan

Hampir separuh dari ibu – ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. Bengkak dapat menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada permukaan muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan diikuti dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini

mbisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau preelamsia (Hani, 2011:121).

5) Nyeri abdomen yang hebat

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

6) Gerakan janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan 22 minggu atau selama persalinan. Gejala atau tanda yang dirasakan antara lain gerakan janin berkurang atau hilang, nyeri perut hilang timbul atau menetap, prdarahan pervaginam sesudah usia kehamilan 22 minggu, gerakan janin dan DJJ tidak ada. (Sriningsih, 2018:561).

7) Demam

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

8) Keluar cairan pervaginam secara tiba – tiba

Keluarnya cairan dari vagina atau jalan lahir sebelum waktunya dapat disebut dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) atau Ketuban

Pecah Prematur (KPP). Ketuban pecah prematur pada preterm yaitu pecahnya membran chorio amnion sebelum onset persalinan usia kehamilan kurang dari 37 minggu (Sriningsih, 2018:548).

2.1.9 Ketidaknyamanan Dalam Kehamilan

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

1) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi berkemih meningkat pada trimester III sering pada wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat.

2) Sakit punggung atas bawah

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

3) Hiperventilasi dan sesak nafas

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

4) Edema dependen

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

5) Nyeri ulu hati

Ketidaknyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester dua dan bertahan hingga trimester tiga. Penyebab:

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

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

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

6) Kram tungkai

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

7) Konstipasi

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

8) Kesemutan

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

9) Insomnia

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

2.1.10 Diagnosa Kehamilan

Menurut Saifuddin (2009) yang dikutip dari buku Walyani (2015:7), Diagnosis dibuat untuk menentukan hal – hal sebagai berikut:

Tabel 2.7
Diagnosa Kehamilan

No	Kategori	Gambaran
1.	Kehamilan normal	<ol style="list-style-type: none">1. Ibu sehat2. Tidak ada riwayat obstetri yang buruk3. Ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan4. Pemeriksaan fisik dan laboratorium normal
2.	Kehamilan dengan masalah khusus	Seperti masalah keluarga atau psikososial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dan lain lain.
3.	Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganan	Seperti hipertensi, anemia berat, preeklamsi, pertumbuhan janin terlambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin dan kondisi lain – lain yang dapat memburuk selama kehamilan.
4.	Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	Seperti perdarahan, eklamsi, ketuban pecah dini, atau kondisi – kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan bayi

Sumber: Walyani, 2015:74

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

Tabel 2.8
Diagnosa Banding Nulipara dan Multipara

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

Sumber: Walyani (2015:74)

2.1.11 Standar Asuhan Kebidanan Kehamilan

1) Kunjungan Kehamilan

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

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

(b) Trimester II (Usia Kandungan lebih dari 12 – 28 Minggu)
1x kunjungan

(c) Trimester III (Usia Kandungan lebih dari 28 minggu) 2x
kunjungan (Hani dkk, 2011:12).

2) Pelayanan Standart Minimal 10T

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

(a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

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

(b) Pengukuran tekanan darah

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

(c) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

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

(d) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)

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

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

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

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

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

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

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

(h) Pelaksanaan temu wicara

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

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

k) Peningkatan kesehatan intelegia pada kehamilan
(*Brainbooster*)

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

(j) Tatalaksana kasus

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

3) Kartu skor Puji Rochyati

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

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

- 1) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan mencakup proses fisiologis yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Jannah, 2017:11).
- 2) Persalinan adalah kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. (Arum, dkk. 2016:1)
- 3) Menurut Sukarni, dkk (2016:1) persalinan adalah proses pembukaan dan penipisan serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

2.2.2 Jenis Persalinan

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

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

Persalinan berdasarkan umur kehamilan:

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

- 4) Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut post matur.
- 5) Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat kurang dari 3 jam.

2.2.3 Sebab Mulainya Persalinan

Selama kehamilan dalam tubuh wanita terdapat dua hormon yang dominan:

- 1) Estrogen

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

- 2) Progesteron

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

Adapun teori – teori tersebut diantaranya:

- 1) Teori Penurunan Hormon

Saat 1 – 2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot – otot polos rahim, jika kadar

progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his (Sulistyawati, 2014:4).

2) Teori Plasenta Menjadi Tua

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

3) Teori Distensi Rahim

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

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

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

4) Teori Iritasi Mekanis

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

5) Teori Oksitosin

- (a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.
- (b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- (c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena magangnya usia kehamilan menyebabkan meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai (Rohani, 2011:5)

6) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprenalis

Glandula suprenalis merupakan memicu terjadinya persalinan. Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentunya hipotalamus (Sulistyawati, 2010:6).

7) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ dan E₂ yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan (Sulistyawati, 2016:6). Prostaglandin

dihasilkan oleh lapisan dalam rahim diduga dapat menyebabkan kontraksi rahim. Pemberian prostaglandin dari luar dapat merangsang kontraksi otot rahim dan terjadi persalinan atau gugur kandung (Bandiyah, 2009:23).

8) Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut:

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

(2) Amniotomi: pemecahan ketuban

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

(Sulistyawati, 2010:6).

2.2.4 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1) Power (kekuatan)

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

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

2) Passage (jalan lahir)

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

3) Passenger (penumpang)

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

4) Posisi Ibu (*positioning*)

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

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

5) Faktor *Psyche* (psikis)

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

2.2.5 Fisiologi Persalinan

1) Mekanisme persalinan letak belakang kepala

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

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

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

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

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

(a) Penurunan kepala

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

(b) Engagement

Terjadi ketika diameter terbesar dari presentasi bagian janin (biasanya kepala) telah memasuki rongga panggul. Engagement telah terjadi ketika bagian terendah janin telah memasuki station nol atau lebih rendah. Pada nulipara, engagement sering terjadi sebelum awal persalinan. Namun, pada multipara dan beberapa nulipara, engagement tidak terjadi sampai setelah persalinan dimulai (Cunningham *et. all*, 2013:133).

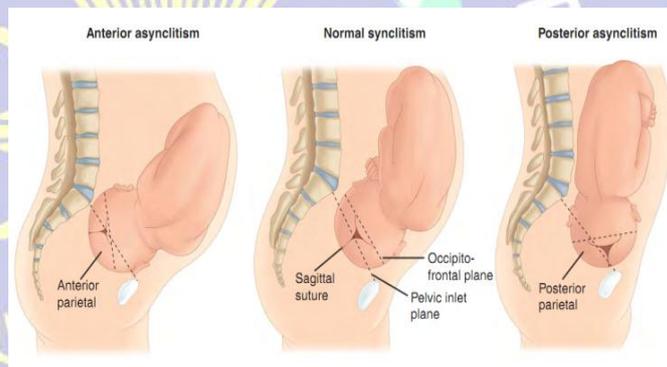
(c) Descent

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

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

- (1) Sinklitismus yaitu ketika sutura sagitalis sejajar dengan sumbu jalan lahir.
- (2) Asinklitismus anterior yaitu kepala janin mendekat ke arah promotorium sehingga os parietalis lebih rendah.
- (3) Asinklitismus posterior yaitu kepala janin mendekat ke arah simfisis dan tertahan oleh simfisis pubis.

(Cunningham et. Al, 2013; McKinney, 2013:133).



Gambar 2.4
Proses Descent (Sinklitismus, Asinklitismus anterior, dan Asinklitismus posterior).
Sumber: Cunningham et. al. William Obstetrics 23rd Edition.

(d) Fleksi (flexion)

Sejara setelah bagian terbawah janin yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam

keadaan normal fleksi dan dagu didekatkan ke arah dada janin. Fleksi ini disebabkan oleh:

(1) Persendian leher, dapat berputar ke segala arah termasuk mangara ke dada.

(2) Letak leher bukan di garis tengah, tetapi ke arah tulang belakang sehingga kekuatan his dapat menimbulkan fleksi kepala.

(3) Terjadi perubahan posisi tulang belakang janin yang lurus sehingga dagu lebih menempel pada tulang dada janin.

(4) Kepala janin yang mencapai dasar panggul akan menerima tahanan sehingga memaksa kepala janin mengubah kedudukannya menjadi fleksi untuk mencari lingkaran kecil yang akan melalui jalan lahir.

(Cunningham et. Al, 2013; McKinney, 2013:134).

(e) Putaran paksi dalam (internal rotation):

Putaran paksi dalam dimulai pada bidang stinggi spina ischiadika. Setiap kali terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan ke bawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot paggul (Cunningham *et.all*, 2013:134).

(f) Ekstensi (extension)

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula – mula oksiput

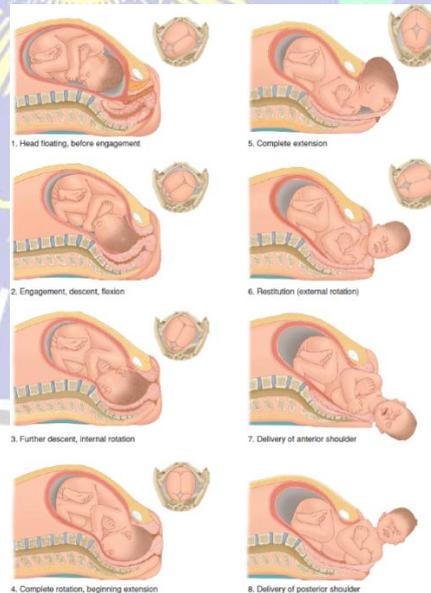
melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala keluar mengikuti sumbu jalan lahir akibat ekstensi (Marmi, 2016:189)

(g) Putara paksi luar (external rotation)

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

(h) Ekspulis

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



Gambar 2.5

Proses Penurunan Kepala Janin

Sumber: Cunningham et. al. William Obstetrics 23rd Edition.

2.2.6 Kala Persalinan

1) Kala I (Kala pembukaan)

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

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

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

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

(1) Fase akselerasi yaitu berlangsung selama 2 jam di pembukaas 3 – 4cm

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

(3) Fase deselerasi yaitu berlangsung cepat dalam 2 jam pembukaan 9 – 10cm atau pembukaan lengkap (Marmi,

2016:14).

Tabel 2.9
Diagnosis Kala dan Fase Persalinan

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

Sumber: Sulistyawati, 2009:198

2) Kala II (pengeluaran janin)

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

Tanda Dan Gejala Kala II menurut Icesmi (2013:434) adalah:

- (a) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit
- (b) Ibu merasa ingin meneran bersama dengan terjadinya kontraksi
- (c) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum/vagina

- (d) Perineum terlihat menonjol
- (e) Vulva – vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- (f) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah

Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah:

- (a) Pembukaan serviks telah lengkap, atau
- (b) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

(APN, 2014:73)

3) Kala III (pengeluaran plasenta)

Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses pada kala III berlangsung 5 – 30 menit setelah bayi lahir dan tanda – tanda pelepasan plasenta yaitu adanya semburan darah, tali pusat memanjang, dan uterus teraba keras (Marmi, 2016:14).

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta:

(a) Metode Schulze

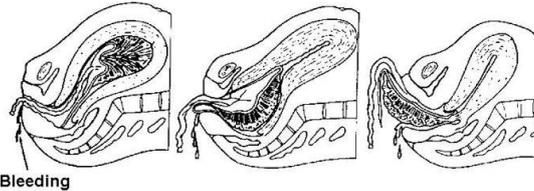
Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, pembukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti

payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan (Marmi, 2016:257).

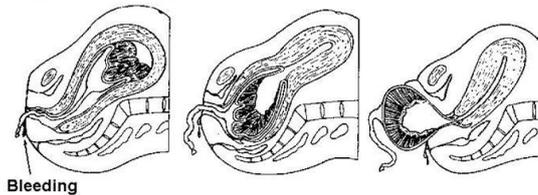
(b) Metode Matthews Duncan

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

Duncan mechanism



Schultze mechanism



Gambar 2.6
Mekanisme Pelepasan Plasenta
Sumber: Daniel E, 2016. Pengeluaran dan Pelepasan
Plasenta Schultze dan Duncan

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

(a) Perasat Kustner

Tangan kanan meregangkn atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simfisis. Bila tali pusat ini kembali masuk dalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Perasat ini hendaknya dilakukan secara hati – hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.

(b) Perasat Strassman

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

(c) Perasat Klien

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

(d) Perasat Crede

Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat dipergunakan bila terpaksa, misalnya perdarahan.

Perasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan postpartum. Pada orang yang gemuk, persat crede sukar atau idak dapat dikerjakan.

4) Kala IV (pengawasan)

Kala IV adalah pemantauan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum. Pada 1 jam pertama pemeriksaan setiap

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

2.2.7 Tanda Permulaan Persalinan

Tanda – tanda permulaan persalinan menurut Damiyati, 2014:27 yaitu:

1) Lightening

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

2) Terjadinya his permulaan

Ciri – ciri his permulaan (his palsu)

(a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah

(b) Datang tidak teratur

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

(d) Durasi pendek

(e) Tidak bertambah bila beraktivitas

Tanda masuknya dalam persalinan:

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

2.2.8 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Beberapa kebutuhan dasar ibu selama proses persalinan antara lain:

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

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

- 3) Istirahat

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

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

4) Buang Air Kecil (BAK)

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

5) Buang Air Besar (BAB)

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

6) Personal Hygiene

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

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

7) Posisi dan Ambulasi

Posisi yang aman selama perslinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi pada ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga perslinan akan berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi dapat diambil antara lain Rekumben lateral (miring), duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok (Nugraheny, 2014:3)

8) Kahadiran Pendamping

Dukungan fisik dan emosional dapat membawa dampak positif bagi pasien. Beberapa tindakan perawatan yang bersifat suportif tersebut dapat berupa menggosok – gosok punggung ibu atau memegang tangannya, mempertahankan kontak mata, ditemani

oleh orang – orang yang ramah dan menyenangkan pasien merasa bahwa mereka tidak sendiri. Maka dari itu sangat dianjurkan ibu bersalin untuk ditemani oleh suami atau anggota keluarga atau juga teman yang pasien inginkan untuk mendampingi selama proses persalinan. Anjurkan pendamping untuk dapat berperan aktif dalam memberikan dukungan pada pasien saat melakukan persalinan dan identifikasi langkah – langkah yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Bidan juga harus menghargai keinginan pasien untuk menghadirkan teman atau saudara yang khusus untuk menemaninya. Adapun beberapa dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping adalah mengusap keringat, menemani atau membimbing, jalan – jalan, memberikan minum atau makan, membantu mengubah posisi, dan lain – lain (Nurul, 2017:42).

9) Bebas Dari Nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalinan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang akan menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh seperti mandi dengan air hangat, berjalan – jalan di dalam kamar, duduk di kursi sambil membaca buku atau

novel kesukaan, posisi lutut-dada diatas tempat tidur, dan sebagainya. Pemberian obat – obatan untuk mengurangi nyeri atau takut dapat dipertimbangkan sesuai dengan kondisi pasien saat itu. (Sulistyawati dkk, 2010:48).

10) Informasi Hasil Persalihan Yang Aman

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya sehingga mampu mengambil keputusan. Ibu perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal sehingga bidan menyadari bahwa ucapan berpengaruh sangat kuat, baik positif maupun negatif. Ibu bersalin selalu ingin mengetahui hal yang terjadi pada tubuhnya dan penjelasan tentang proses dan perkembangan persalihan. Ibu yang telah siap mempunyai anak biasanya mengetahui proses persalinan dan merasa ingin diinformasikan mengenai perkembangannya, sedangkan pada ibu yang belum siap, biasanya mereka ingin mengetahui apa saja yang sedang terjadi pada tubuhnya. Jelaskan semua hasil pemeriksaan kepada ibu untuk mengurangi kebingungan. Setiap tindakan yang akan dilakukan harus memperoleh persetujuan sebelum melakukan prosedur. Rasa takut ibu perlu dikurangi karena dapat menurunkan nyeri akibat ketegangan dan rasa takut tersebut. Selain itu, penjelasan tentang prosedur dan keterbatasannya memungkinkan ibu

bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif (Jannah, 2014:48).

2.2.9 60 Langkah APN

Langkah – langkah APN menurut JNPK-KR 2014 adalah sebagai berikut:

1) Mengenali gejala dan tanda kala dua

(1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua.

(a) Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan.

(b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektm dan vagina.

(c) Perineum tampak menonjol.

(d) Vulva dan sfingter ani membuka.

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

(2) Memastikan kelengkapan alat pertolongan persalinan, bahan, dan obat – obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi

baru lahir, untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan: temoat datar, rata, bersih, dan hangat, 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi),

lampu sorot 60watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

Untuk ibu: menggelar kain di bawah perut ibu, menyiapkan oksitosin 10 unit, alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

- (3) Memakai celemek plastik.
- (4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (5) Menggunkan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- (6) Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali ke dalam wadah partus set.
- 3) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik
 - (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekakannya dengan hati – hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi dengan air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari arah depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan yang terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah #9).
 - (8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan

serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaa sudah lengkap lakukan aniotomi.

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudia melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

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

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

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

4) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

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

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

persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan – temuan.

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

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

(13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

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

(b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran

(c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)

(d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

(e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu

(f) Menganjurkan asupan cairan per oral

(g) Menilai DJJ setiap 5 menit

(h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.

(i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam waktu 60 menit.

5) Persiapan pertolongan kelahiran bayi

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

(15) Letakkan handuk/kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

(16) Buka tutup prtus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

(17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

6) Menolong kelahiran bayi

(18) Saat kepala bayi mebuca vulva dengan diameter 5 – 6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di atas kepala bayi lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan – lahan.

Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan – lahan atau bernapas cepat saat kepala bayi lahir. Jika ada mekonium pada cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung bayi setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.

(19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa bersih.

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

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

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

(21) Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

Lahir bahu

(22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing – masing sisi muka bayi.

Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncuk di bawah arkus

pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Lahir badan dan tungkai

(23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

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

7) Penanganan bayi baru lahir

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

- (a) Apakah bayi menangis kuat dan bernafas tanpa kesulitan?
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- (c) Jika bayi tidak menangis kuat, tidak bernafas atau megap – megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).
- (26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- (27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira – kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- (28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- (29) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering. Menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
- (30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

8) Manajemen aktif kala III

Oksitosin

- (31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- (32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- (33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya.

Penegangan tali pusat terkendali

- (34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- (35) Meletakkan satu tangan di atas kaun yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- (36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati – hati untuk mencegah terjadinya invertio uteri. Jika plasenta tidak lahir

setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- (37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.

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

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

- (38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan berhati – hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika

selaput ketuban robek, memakai sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari – jari tangan atau klem atau forsep desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

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

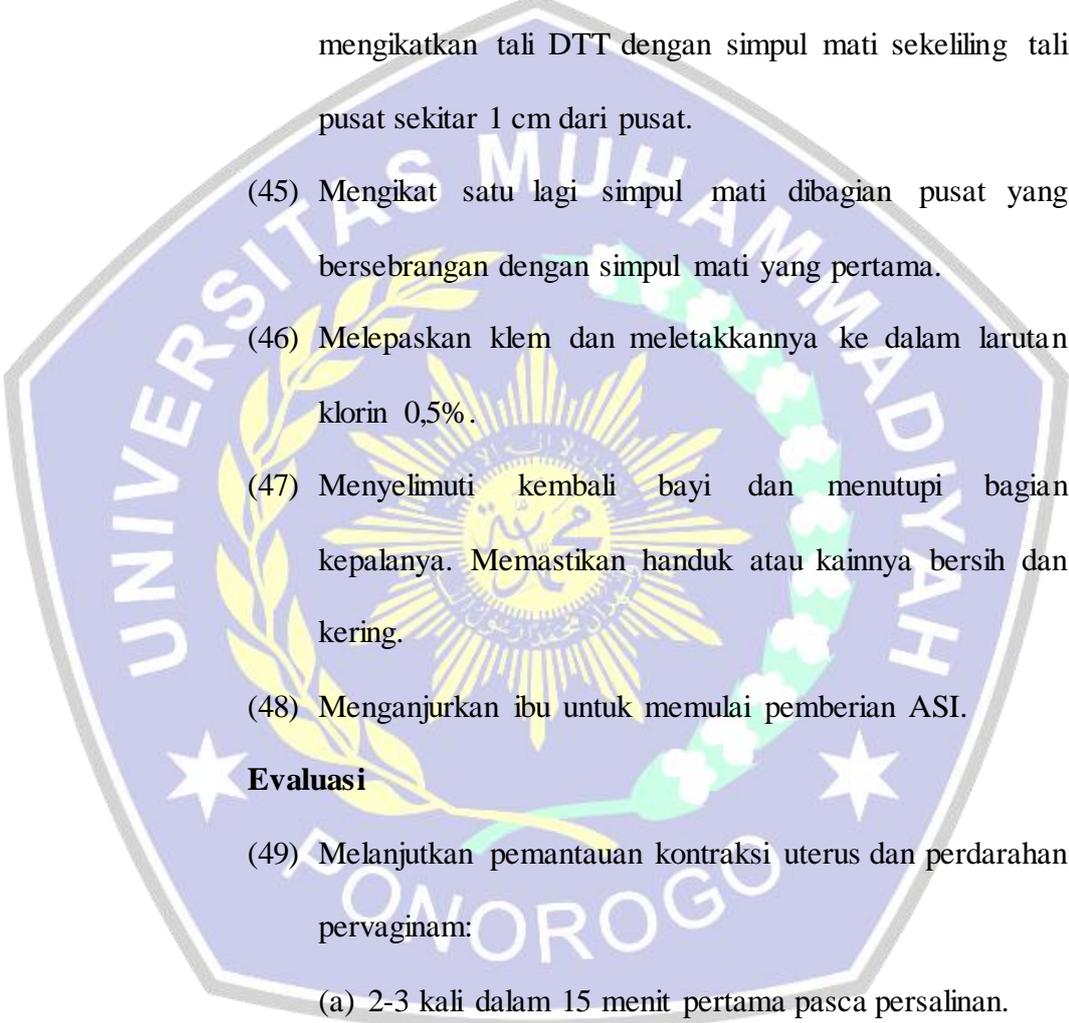
9) Menilai perdarahan

(40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempal ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

(41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum, lalu segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

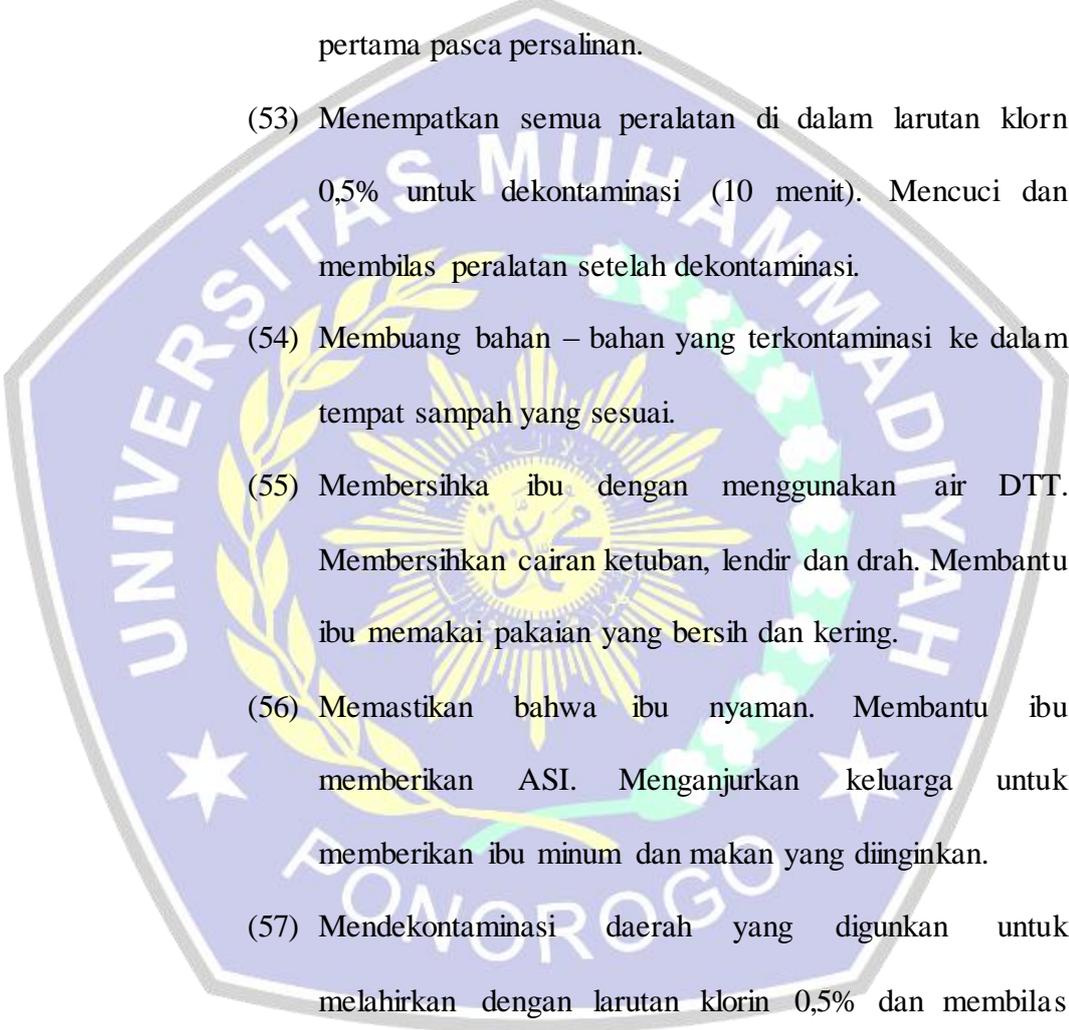
10) Melakukan prosedur pasca persalinan

(42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan.

- 
- (43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih menggunakan sarung tangan dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- (44) Menempatkan klem tali pusat DTT atau steril atau mengikat tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- (45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
- (46) Melepaskan klem dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- (47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
- (48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

Evaluasi

- (49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
- (a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan
 - (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
- (50) Mengajarkan pada ibu / keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

- 
- (51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- (52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandug kemih setiap 15 menit selama satu jam pasca persalinan dan setiap 30 menit sekama jam kedua pasca persalinan. Memeriksa temperatur tubuh ibu ssekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
- (53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- (54) Membuang bahan – bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- (55) Membersihka ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan drah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum dan makan yang diinginkan.
- (57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- (58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

(60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

2.2.10 Tanda dan Gejala Persalinan

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

1) Terjadinya his

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

His persalinan memiliki ciri – ciri sebagai berikut:

- (a) Pinggangnya terasa nyeri dan menjalar kedepan
- (b) Sifat his teratur, interval semakin pendek dan kekuatan semakin besar
- (c) Terjadi perubahan pada serviks
- (d) Jika pasien menambahkan aktivitasnya, maka kekuatan hisnya akan bertambah.

2) Keluarnya lendir bercampur darah

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

3) Kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Jika ketuban telah pecah, diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam waktu 24 jam, namun apabila tidak tercapai

maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu seperti ekstraksi vakum atau SC.

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

(a) Lightning atau setting atau dropping, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.

(b) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.

(c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

(d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi –kontraksi lemah uterus, kadang –kadang disebut “*false labor pains*”.

(e) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*).

4) Penurunan kepala janin

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

Bagian di atas symphysis adalah proporsi yang belum masuk PAP.

(a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas symphysis.

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

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

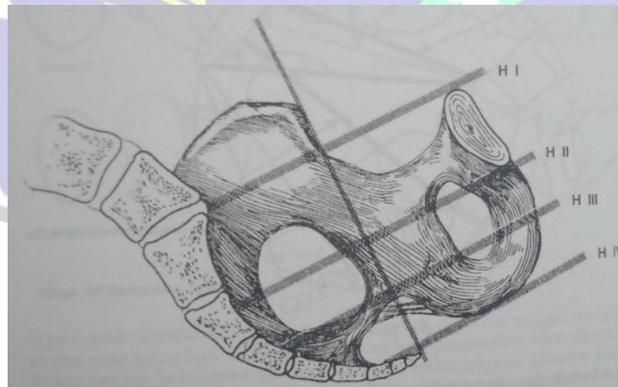
(d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada di atas sympisis dan (3/5) bagian telah masuk PAP.

(e) 1/5 jika 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas sympisis dan 4/5 bagian telah masuk PAP.

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

5) Hodge

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



Gambar 2.7

Bidang – Bidang Hodge

Sumber: Saifuddin. 2016. *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Hal: 196.
Jakarta: BPSP.

Bidang Hodge I: bidang datar yang melalui bagian atas simfisi dan promotorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul.

Bidang Hodge II: bidang yang sejajar dengan bidang hodge I terletak setinggi bagian bawah simfisis.

Bidang Hodge III: bidang yang sejajar dengan bidang hode I dan II terletak setinggi spina iskiadika kanan dan kiri. Pada rujukan lain, bidang hodge III ini disebut juga bidang O. kepala yang berada di atas 1 cm disebut (- 1) atau sebaliknya.

Bidang Hodge IV: bidang yang sejajar dengan bidang hodge I, II, III, terletak setinggi os koksigis.

(Saifuddin, 2016:195).

2.2.11 Lembar Observasi dan Partograf

Lembar Observasi

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 lembar 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, TD dan lain – lainnya (Setyaningrum, 2013:19).

Partograf

Alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (APN, 2014:52). Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157).

1) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit.

2) Warna dan adanya air ketuban

U: selaput ketuban masih utuh

J: selaput pecah, air ketuban jernih

M: air ketuban bercampur mekonium

D: air ketuban bercampur darah

K: tidak ada cairan ketuban / kering

3) Penyusupan (molase) tulang kepala janin

0: sutura terpisah

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 tidak dapat di pisahkan

- 4) Pembukaan serviks, dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x).
- 5) Penurunan, mengacu pada bagian kepala (di bagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas symphysis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
- 6) Garis waspada dan garis bertindak, garis waspada dimulai saat pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik pembukaan lengkap. Garis bertindak tertera sejajar dan sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada.
- 7) Jam dan waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani pasien, dicatat sesungguhnya.
- 8) Kontraksi, dicatat setiap 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik.
- 9) Oksitosin, apabila memakai oksitosin catatlah bnyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan permenit.
- 10) Obat yang diberikan, dicatat semua obat lain yang diberikan.
- 11) Nadi, dicatat setiap 30-60 menit pada fase aktif serta ditandai dengan sebuah titik besar (.)
- 12) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah
- 13) Suhu badan, dicatat setiap 4 jam pada fase laten, dan 2 jam pada fase aktif.

14) Protein, aseton, volume urine, dicatat setiap kali ibu berkemih. 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.

(JNPK-KR, 2014:52).

2.2.12 Masalah Dalam Persalinan

1) Bayi sungsang

Saat usia kehamilan sudah mendekati waktu kelahiran, biasanya perlu memeriksakan diri ke dokter untuk melihat posisi bayi. Posisi bayi sudah baik atau sungsang. Posisi bayi sungsang maka akan disarankan untuk melakukan berbagai cara mengembalikannya pada posisi seharusnya dengan cara alami. Namun, jika hal tersebut tidak berhasil dan posisi bayi masih sungsang saat akan dilahirkan, maka akan membuat proses melahirkan lebih rumit. Melahirkan dengan posisi caesar mungkin direkomendasikan (Arinda, 2015:57).

2) Proses melahirkan yang terlalu lama

Melahirkan merupakan suatu proses yang alamiah diaman setiap ibu pasti bisa melakukannya. Sebuah proses kelahiran yang lancar mungkin hanya membutuhkan waktu beberapa jam saja. Namun, beberapa ibu mungkin mengalami masalah pada leher rahimnya (sebagai jalan keluar bayi). Leher rahim ibu bisa mengalami kesulitan membesar dan berkembang, sehingga bayi

sulit untuk keluar dan proses melahirkan berjalan lebih lama. Proses melahirkan yang lama pasti tidak baik jika dibiarkan. Risiko ibu terkena infeksi (jika air ketuban sudah pecah) semakin besar. Untuk itu, dokter biasanya akan memberi obat untuk membantu mempercepat proses melahirkan atau terkadang operasi caesar perlu dilakukan (Arinda, 2015:57).

3) Prolaps tali pusat

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

4) Tali pusat melilit bayi

Karena bayi selalu bergerak di dalam kandungan, bayi mungkin bisa terliit tali pusat. Tali pusat bisa melilit bayi dan terlepas sendirnya berkali – kali selama kehamilan. Namun tali pusat yang melilit bayi selama proses melahirkan mungkin bisa membahayakan bayi ketika terjadi penurunan aliran darah ke bayi karena tali pusat tertekan. Hal ini dapat menyebabkan

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

5) Perdarahan hebat

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

2.2.13 Komplikasi Persalinan

- 1) Ketuban Pecah Dini, yaitu ruptur korion dan amnion 1 jam atau lebih sebelum persalinan. Usia gestasi janin dan perkiraan viabilitas janin mempengaruhi penatalaksanaannya. Penyebab yang tepat dan faktor – faktor predisposisi yang spesifik tidak diketahui.
- 2) Persalinan Preterm, yaitu persalinan yang dimulai setelah kehamilan 20 minggu dan sebelum kehamilan 37 minggu. Penyebab preterm meliputi ketuban pecah dini, preeklampsia, plasenta previa, solusio plasenta, dan lain – lain.
- 3) Vasa Previa, adalah gangguan perkembangan yang jarang. Keadaan ini bisa disebabkan pertumbuhan plasenta yang tidak merata atau implantasi blastosit yang abnormal.
- 4) Prolaps Tali Pusat, yaitu penurunan tali pusat ke dalam vagina mendahului bagian terendah janin dan panggul ibu. Masalah ini sering terjadi pada prematuritas, presentasi bahu atau bokong – kaki.
- 5) Kehamilan Postmatur, yaitu kehamilan lewat waktu yang lebih 42 minggu usia gestasi, dimana insidennya kira – kira 10%. Penyebabnya diperkirakan adalah defisiensi estrogen.
- 6) Persalinan Disfungsional, yaitu persalinan yang sulit sakit, dan lama karena faktor – faktor mekanik.

- 7) Distonsia Bahu, dimana bahu anterior bayi tidak dapat lewat di bawah arkus pubis ibu. Hal ini berhubungan dengan usia ibu yang sudah lanjut, obesitas karena diabetes maternal, bayi besar, kehamilan lewat waktu, dan multiparitas.
- 8) Ruptur Uterus, yaitu robekan pada uterus, dapat komplit atau inkomplit. Hal ini bisa disebabkan karena cedera akibat instrumen obstetri, seperti instrmen untuk memeriksa uterus atau kuretase yang digunakan dalam abortus. Ruptur juga bisa akibat intervensi obstetri seperti tekanan fundus yang berlebihan, kelahiran dengan forsep, upaya mengejan yang keras, persalinan dengan gangguan, dan distonsia bahu.
- 9) Plasenta Akreta, yaitu kondisi tidak lazim karena vili korion melekat pada miometrium. Hal ini disebabkan pembedahan uterus sebelumnya dan plasenta previa.
- 10) Inversi Uterus, yaitu uterus membalik keluar seluruhnya atau sebagian, ini terjadi segera setelah kelahiran plasenta atau dalam periode pasca partum segera. Hal ini disebabkan oleh tarikan tali pusat yang berlebihan atau pengeluaran plasenta secara manual yang kuat atau bekuan dari uterus atonik.
- 11) Perdarahan Pascapartum Dini, yaitu kehilangan darah 500ml atau lebih selama 24 jam pertama setelah melahirkan. Perdarahan pascapartum merupakan penyebab utama kematian ibu di seluruh dunia dan penyebab umum kehilangan darah yang

berebihan selama periode pascapartum dini. Penyebab utama adalah atonia uteri; laserasi serviks, vagina atau perineum; dan bagian plasenta yang tertinggal.

(Marmi, 2016:257).

2.2.14 Lima Benang Merah

Lima benang merah dalam asuhan persalinan dan kelahiran bayi menurut JNPK-KR, 2014:7 adalah sebagai berikut:

1) **Membuat Keputusan Klinik**

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

2) **Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi**

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Beberapa prinsip – prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama masa persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan diterima, mereka akan mendapat rasa aman hasil yang lebih baik.

(a) Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan

- (1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- (2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- (3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya.
- (4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut dan khawatir.
- (5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- (6) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu serta anggota keluarganya.
- (7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- (8) Anjurkan suami dan anggota – anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- (9) Secara konsisten lakukan praktik – praktik pencegahan infeksi yang baik.
- (10) Hargai privasi ibu

(11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayinya.

(12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan ringan sepanjang ia menginginkan.

(13) Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.

(14) Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomy, pencukuran, dan klisma.

(15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegara mungkin.

(16) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir.

(17) Siapkan rencana rujukan (bila perlu).

(18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan – bahan, perlengkapan dan obat – obat yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

(b) Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan

(1) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung).

(2) Bantu ibu untuk menyusui bayinya, anjurkan memberikan ASI sesuai dengan yang diinginkan bayinya dan ajarkan tentang ASI eksklusif.

- (3) Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.
- (4) Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi.
- (5) Ajarkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir.

3) Pencegahan Infeksi

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

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

(Marmi, 2011:67).

- (1) Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa perugas kesehatan dapat menanganisecara aman benda – benda yang

terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis, sarung tangan dan permukaan (seperti meja pemeriksaan harus didekontaminasikan segera setelah terpapar darah atau cairan tubuh) larutan yang digunakan adalah klorin 0,5% selama 10 menit. (Sarwono, 2016:339). Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrasi berbentuk cair menurut Saifuddin (2013:127) yaitu:

Jumlah Bagian Air

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

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

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

$$\text{Jumlah Bagian Air} = \frac{5\%}{50\%} - 1 = 10 - 1 = 9$$

Tambahkan 9 bagian air ke dalam 1 bagian larutan klorin.

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

Jumlah Bagian Air

$$= \frac{\% \text{Larutan yang diinginkan}}{\% \text{Konsentrat}} \times 1000$$

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

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

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

(2) Desinfeksi

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

(3) Desinfeksi tingkat tinggi

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

(4) Mencuci dan membilas

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

detergen dan air, pembilasan dengan air bersih dan pengering secara seksama).

(5) Sterilisasi

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

4) Pencatatan (Dokumentasi)

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

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan mengalami persalinan

secara normal, namun sekitar 10-15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan/atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanakan kasus gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir.

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

(a) Bidan

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

(b) Alat

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

(c) Keluarga

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

(d) Surat

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

(e) Obat

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

(f) Kendaraan

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

(g) Uang

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

(h) Darah

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

(Sri EP, dkk, 2014:27-29).



2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Pengertian Nifas

- 1) Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari).

(Risa Putriani, 2014:1).

- 2) Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu – minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi ke keadaa tidak hamil yang normal (Reni, 2010:1).

- 3) Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat – alat kandungan kembali seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu (Kumalasari, 2015).

2.3.2 Proses Nifas

- 1) Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat – seratnya yan melintang kanan, kiri, dan transversal. Diantara otot – otot itu ada pembuluh darah yang mengalir ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi

atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim sekitar 1000gram dan dapat diraba kira – kira 2 jari di bawah umbilicus. Setelah 1 minggu beratnya sekitar 300gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan – lahan kebentuk semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40 – 60gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali ke posisi yang normal, tapi juga kondisi ibu secara keseluruhan.

2) Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

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

3) Laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari – ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormon – hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha, 2009:2-4).

2.3.3 Proses Laktasi dan Menyusui

Proses laktasi dan menyusui tidak terlepas dari peran utama payudara, berikut ini adalah anatomi payudara dan fisiologi pengeluaran ASI menurut Dewi, dkk (2011:8):

1) Anatomi

a) Struktur makroskopis

(1) Cauda axillaris

Jaringan payudara yang meluas ke arah aksila.

(2) Areola

Daerah lingkarang yang terdiri atas kulit yang longgar dan mengalami pigmentasi.

(3) Papilla mammae (putting susu)

Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubungan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara, maka letaknya akan bervariasi. Bentuk putting ada empat macam, yaitu bentuk yang normal, pendek/datar, panjang, dan terbenam (*inverted*).

b) Struktur mikroskopis

(1) Alveoli

Alveolus merupakan unit terkecil yang memproduksi susu. Bagian dari alveolus adalah sel Aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos, dan pembuluh darah.

(2) Duktus laktiferus

Saluran sentral yang merupakan muara beberapa tubulus laktiferus.

(3) Ampulla

Bagian dari duktus laktiferus yang melebar, merupakan tempat menyimpan air susu. Ampulla terletak dibawah areola.

(4) Lanjutan setiap duktus laktiferus

Meluas dari ampulla sampai muara papilla mammae.

2) Fisiologis pengeluaran ASI

Pengeluaran ASI merupakan suatu interaksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik, saraf, dan bermacam –

macam hormon. Pengaturan hormon terhadap pengeluaran ASI, dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu sebagai berikut:

a) Pembentukan kelenjar payudara

Pada permulaan kehamilan terjadi peningkatan yang jelas dari duktus yang baru, percabangan – percabangan dan lobulus, yang dipengaruhi oleh hormon – hormon plasenta dan korpus luteum. Hormon – hormon yang ikut membantu mempercepat pertumbuhan adalah prolaktin, laktogen plasenta, karionik gonadotropin, insulin, kortisol, hormon tiroid, hormon paratoroid, dan hormon pertumbuhan.

b) Pembentukan air susu

Ibu yang menyusui memiliki dua refleks yang masing – masing berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu yaitu sebagai berikut:

(1) Refleks prolaktin

Lepanya plasenta dan kurang berfungsinya korpus luteum membuat esterogen dan progesteron sangat berkurang, ditambah dengan adanya isapan bayi yang merangsang puting susu dan merangsang ujung – ujung syaraf sensorik yang berfungsi sebagai reseptor mekanik.

(2) Refleks *let down*

Bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofisis posterior (neurohipofisis) yang kemudian dikeluarkan oksitosin.

2.3.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

(a) Involusi uterus

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

Tabel 2.10
Perubahan Uterus Masa Nifas

No.	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uterus	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu minggu	Pertengahan pusat – simfisi	500 gram	7,5 cm	2cm
4.	Dua minggu	Tidak teraba diatas simfisi	300 gram	5 cm	1cm
5.	Enam minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Kumalasari, 2015:15.

Involusi uterus dari luar dapat diamati dengan memeriksa fundus uterus dengan cara sebagai berikut:

(1) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm di atas pusat, dan menurun kurang lebih 1 cm di setiap harinya.

(2) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat pada hari ke 3 – 4 tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat.

(3) Pada hari ke 5 – 7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus tidak teraba.

(b) Serviks

Segera setelah berakhirnya kala III, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitas yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat 4 minggu post partum.

(c) Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur – angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke 3. Himen tampak sebagai tonjolan

jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae itiformis yang khas bagi wanita nulipara. (Saleha, 2009:53).

(d) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas.

Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Berdasarkan waktu lochea di bedakan menjadi beberapa jenis diantaranya:

(1) Lochea rubra, muncul pada hari 1 – 4 masa postpartum, berwarna merah karena berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta.

(2) Lochea sanguinolenta, cairan yang berwarna merah kecoklatan dan berlendir, berlangsung pada hari ke 3 – 7.

(3) Lochea serosa, berwarna kuning kecoklatan, juga terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta. Berlangsung terjadi pada hari ke 7 – 14 hari.

(4) Lochea alba, mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, serabut jaringan yang mati berlangsung selama 2 – 6 minggu (Sukarni, 2013:321).

(e) Payudara (Mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan, proses laktasi terjadi alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme

fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi atau *let down* (Kumalasari, 2015:158).

2) Perubahan Sistem Pencernaan

(a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3 – 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari. (Heryani R. 2012:33).

(b) Motilitas

Penurunan otot motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesik bisa mengakibatkan keterlambatan pengembalian tonus motilitas keadaan normal.

(c) Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, odema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Ibu sering kali menduga nyeri pada saat defekasi

karena nyeri yang dirasakan akibat episiotomi laserasi atau hemoroid (Sukarni, dkk. 2013:345).

3) Perubahan Sistem Perkemihan

(a) Deuresis post partum

Dalam 12 jam pasca melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil.

Deuresis post partum, yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah tersebut akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum.

(b) Uretra dan kandung kemih

Dinding kandung kemih dapat mengalami hiperemesis dan odema. Kandung kemih yang edema terisi penuh dan hipotonik dapat mengakibatkan overdistensi, pengosongan yang tidak sempurna dan urin residual dan jika dilakukan untuk pengosongan kandung kemih.

(Sukarni dkk, 2013:345).

4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

(a) Dinding perut dan peritonium

Dinding perut akan longgar pascapersalinan. Keadaan ini akan pilih kembali dalam 6 minggu (Heryani R. 2012:36).

(b) Kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu – minggu atau bahkan berbulan – bulan yang dinamakan striae. Melalui latihan postnatal, otot – otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu. (Sukarni dkk, 2013:330).

(c) Striae

Striae adalah suatu perubahan warna seperti jaringan perut pada dinding abdomen. Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. (Heryani R, 2012:37).

(d) Perubahan ligamen

Ligame – ligamen dan difragma pelvis serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur – angsur menciut kembali seperti sedia kala.

(e) Simpisis pubis

Meskipun relatif jarang, tetapi simpisis pubis yang terpisah ini merupakan penyebab utama mordibitas maternal dan

kadang – kadang penyebab ketidak mampuan jangka panjang. Hal ini biasanya ditandai oleh nyeri tekan signifikan pada pubis disertai peningkatan nyeri pada saat bergerak di tempat tidur atau pada saat berjalan

(Sukarni, dkk, 2013:330-331).

2.3.5 Tahapan Masa Nifas

1) Puerperium Dini

Masa pemulihan, yakni saat ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan biasanya 1 hari setelah melahirkan.

2) Puerperium Intermedial

Masa pemulihan menyeluruh dari organ – organ genital, kira – kira antara 6- 8 minggu.

3) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi, biasanya membutuhkan waktu berminggu – minggu, bulan dan tahunan.

(Suherni dkk, 2009:59).

2.3.6 Perubahan Psikologi Masa Nifas

- 1) Periode Teking In (hari ke 1 – 2 setelah melahirkan)
 - (a) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
 - (b) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
 - (c) Ibu aka mengulangi pengalaman – pengalaman waktu melahirkan
 - (d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
 - (e) Nafsu makan ibu biasanya akan bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan akan menadakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
- 2) Periode Teking On / Taking Hold (hari ke 2 – 4 setelah melahirkan)
 - (a) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya.
 - (b) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan, dan mengganti popok.
 - (c) Ibu cenderung terbuka enerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.

(d) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

3) Periode Letting Go

(a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga.

(b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.

(c) Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini.

(Putriani, dkk. 2014:7-8).

2.3.7 Kebutuhan Fisik Ibu 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 setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI nya.

(Heryani R, 2012:57).

2) Kebersihan Diri dan Perineum

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Perawatan perineum dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genitalia dengan air dan sabun setiap kali sesudah BAK/BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan baru kemudian daerah anus. Pembalut hendaknya diganti 2 kali sehari.

Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu postpartum dalam menjaga kebersihan diri adalah sebagai berikut:

- (a) Mandi teratur minimal 2 kali sehari.
- (b) Mengganti pakaian dan alas tempat tidur.
- (c) Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal.
- (d) Melakukan perawatan perineum.
- (e) Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari.
- (f) Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia.

(Heryani R, 2012:62).

3) Eliminasi

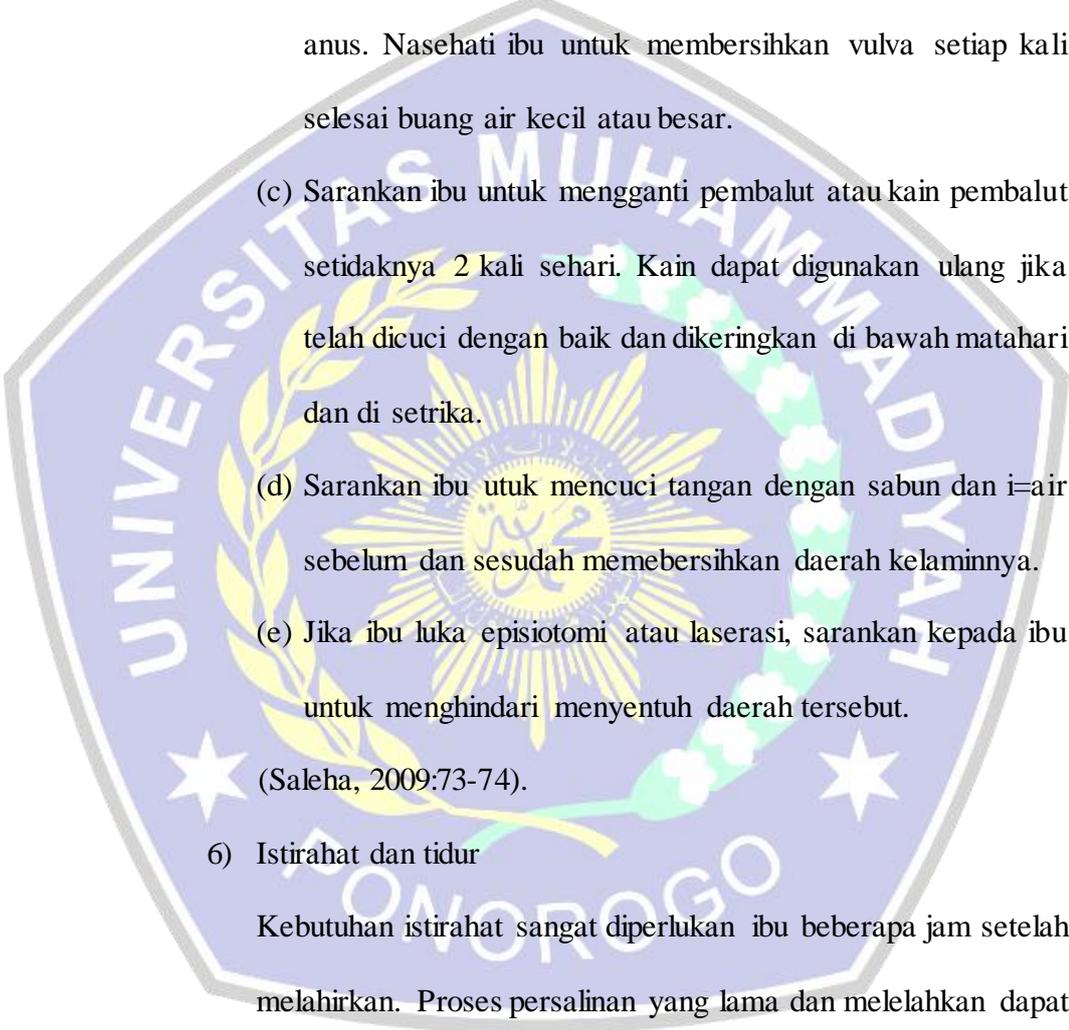
Dalam 6 jam pertama postpartum, pasien sudah harus dapat buang air kecil (BAK) semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Kemudian dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar (BAB) karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit bagi ibu untuk buang air besar secara lancar. (Sulistyowati, 2009:59).

4) Ambulasi

Ambulasi dini adalah kegiatan untuk secepat mungkin membimbing ibu nifas keluar dari tempat tidurnya untuk berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya trombotis). (Dewi, 2011:70).

5) Personal Hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga. Langkah – langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut:

- 
- (a) Ajarkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
- (b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- (c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan di setrika.
- (d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- (e) Jika ibu luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

(Saleha, 2009:73-74).

6) Istirahat dan tidur

Kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu frustrasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Masa nifas sangat erat kaitannya dengan gangguan pola tidur yang dialami ibu, terutama segera setelah melahirkan. Pada 3 hari pertama dapat merupakan hari

yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul pada luka perineum, dan akan kembali mendekati normal dalam 2-3 minggu setelah persalinan. Pada ibu nifas kurang tidur mengakibatkan:

(a) Berkurangnya produksi ASI.

(b) Memperlamba proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan.

(c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. (Maritalia, 2012 2:52-53).

7) Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan. (Sulistyawati, 2009:103).

8) Latihan/senam nifas

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

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

2.3.8 Asuhan Masa Nifas

1) Tujuan Asuhan Nifas

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

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

2) Kunjungan Masa Nifas

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

- (a) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
- (b) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan keehatan ibu nifas dan bayi

(c) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas

(d) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

(Kemenkes, 2016:13).

Waktu dan tujuan kunjungan menurut Kemenkes, 2016:13 yaitu:

(a) Waktu: 6jam – 3 hari setelah persalinan

(b) Waktu: 4 – 28 hari setelah persalinan

(c) Waktu: 29 – 42 hari setelah persalinan

Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi:

(1) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum

(2) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, penapasan, dan nadi.

(3) Pemeriksaan lochea dan perdarahan.

(4) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi.

(5) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri.

(6) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif.

(7) Pemberian kapsul vit. A

(8) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan

(9) Konseling

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

(11) Memberikan nasihat

2.3.9 Komplikasi Masa Nifas

1) Infeksi Nifas

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

2) Komplikasi Lain Dalam Masa Nifas

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan lebih dari 500 – 600ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Perdarahan postpartum primer (early postpartum hemorrhagae) yang terjadi pada 24 jam pertama. Sedangankan perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhagae) yang terjadi setelah 24 jam. Penyebab perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, lacerasi jalan lahir dan inversio uteri. Sedangkan penyebab perdarahan postpartum sekunder adalah sub involusi, retensio sisa plasenta, infeksi nifas. (Ambarwati, 2010:126).

b) Robekan jalan lahir

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

c) Sub involusi uteri

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

d) Nekrosis hipofisis lobus anterior postpartum

Sindroma Sheehan atau nekrosis lobus depan dari hipofisis karena syok akibat perdarahan persalinaan. Hipofisis ikut berinvolusi setelah persalinan karena syok akibat perdarah

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

2.3.10 Permasalahan dalam Masa Nifas

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

1) Perdarahan per vaginam

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

(a) Atonia uteri

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

berkontraksi, maka akan terjadi perdarahan yang disebut Atonia Uteri (Sriningsih, 2018:243).

(b) Retensio plasenta

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

(c) Inversio uteri

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

(d) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Tanda – tanda ibu yang mengalami robekan jalan lahir adalah perdarahan segar yang mengalir dan terjadi segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik, kadang ibu terlihat pucat, lemah, dan menggigil akibat kurangnya hemoglobin (Saleha, 2009:86).

2) Infeksi Masa Nifas

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

(a) Endometriosis

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

(b) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe. Peritonitis ini ditandai dengan peningkatan suhu tubuh dan nyeri perut bagian bawah.

(c) Trombophlebitis

Trombophlebitis adalah penjararan infeksi melalui vena. Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbentuknya vena – vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme patogen.

(d) Infeksi luka perineum

Infeksi luka perineum adalah infeksi yang terjadi akibat masuknya mikroorganisme ke dalam luka perineum yang mengalami infeksi akan terasa lebih nyeri, merah dan bengkak.

- 3) Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur
- 4) Pembengkakan di wajah atau ekstremitas
- 5) Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
- 6) Payudara berubah menjadi panas, merah, dan sakit
- 7) Merasa sedih atau tidak mampu dalam merawat dirinya sendiri dan bayinya (baby blues).

2.4 Konsep Dasar Neonatus

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

- 1) Bayi baru lahir adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2013:1).
- 2) Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat bertahan hidup (Marmi, 2012:5).
- 3) Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin (Vivian, 2013:1).

2.4.2 Tanda – Tanda BBL

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

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

Tabel 2.11
APGAR SKOR

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

Sumber: Rukiyah, dan Yulianti, 2013:7

Interpretasi:

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

(Dewi, 2011:3)

2.4.3 Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Menurut Winkjosastro (2009) yang dikutip dari Fajriah (2013:13) klasifikasi bayi baru lahir adalah:

- 1) Masa Gestasi
 - a) Kurang bulan (Preterm Infant): usia kurang dari 37 minggu lengkap (< 259 hari)
 - b) Cukup bulan (Term Infant): mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (159 – 193 hari)

c) Lebi bulan (Posterm Infant): 24 minggu lengkap atau lebih
(294 hari)

2) Berat Badan Lahir

a) Berat lahir rendah

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari
2.500gram tanpa memandang masa gestasi

b) Berat lahir cukup

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir 2.500 sampai
4.000 gram

c) Berat lahir lebih

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 4.000
gram.

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

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

b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan
(SMK/KMK/BMK).

2.4.4 Perubahan Fisiologis

1) Sistem Pencernaan

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

Tabel 2.12
Perkembangan Sistem Pulmonal

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

Sumber: (Dewi, 2011:12)

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

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

d) Refleksi deflasi *Hering Brreur* pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran nafas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara neonatus bernafas dengan cara bernafas diafragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernafas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru – paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobic. (Nanny dkk, 2010:12).

2) Peredaran Darah

Pada fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikalis lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah akan dipompa ke paru melalui duktus arteriosus ke aorta. Setelah bati lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri

lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam – jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimiawi (PaO_2 yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama. Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu $1,96 \text{ liter/menit/m}^2$ dan bertambah pada hari ke dua dan ke tiga ($3,54 \text{ liter/m}^2$) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir di pengaruhi oleh jumlah darah yang memalui tranfusi plasenta yang pada jam – jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira – kira $85/40 \text{ mmHg}$. (Nanny, 2010:13).

3) Suhu Tubuh

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

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (perpindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Sebagai contoh, konduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa

alas timbangan, memegang bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa BBL.

b) Konveksi

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

c) Radiasi

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

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). (Muslihatun, 2010:12-13).

4) Metabolisme

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

5) Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal Tubuh

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

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- c) Renal blood flow relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Dewi, 2011:15).

6) Immunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma dan sumsum tulang, juga tidak memiliki lamina propia ileum dan apendiks. Plasenta

merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpidah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ad infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dan lain – lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gama A, G, dan M. (Muslihatun, 2010:15)

7) Traktus Digestivus

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

8) Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak dan glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati

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

9) Keseimbangan Asam Basa

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

2.4.5 Proses Bayi Baru Lahir

Beberapa saat dan beberapa jam pertama kehidupan ektrauteri adalah salah satu masa yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan. Pada saat bayi lahir, bayi baru lahir berpindah dari ketergantungan total kemandirian fisiologis. Proses perubahan yang rumit ini disebut dengan periode transisi, yaitu periode yang dimulai ketika bayi keluar dari tubuh ibu dan berlanjut selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu (Varney *et, all.* 2009:878). Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

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

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

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

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

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

3) Periode Reskitivitas II (*The Second Period of Reaktivity*)

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 stimulasi 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. Pemberian makan segera juga memungkinkan kolonisasi bakteri di usus yang menyebabkan pembentukan vitamin K oleh saluran cerna. Neonatus mungkin bereaksi terhadap pemberian makan yang pertama dengan meludahkan susu bercampur lendir. Bidan harus membantu dan mengajarkan ibu untuk menyendawakan bayinya. Setiap mucus/lendir yang ada selama pemberian makan awal akan mengganggu pemberian makan yang adekuat, khususnya jika mucus berlebihan akan mengindikasikan suatu masalah seperti atresia esofagus, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan harus ditunda sampai penyebab telah diselidiki secara menyeluruh (Varney, 2009:892).

2.4.6 Masalah – Masalah Pada Bayi Baru Lahir

1) Asfiksia

Asfiksia pada bayi baru lahir (BBL) menurut IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia) adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir. (Prambudi, 2013:57). Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor –

faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir (Depkes RI, 2009:59).

2) Infeksi

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

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

3) Ikterus

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

a) Ikterus fisiologis

Ikterus yang timbul pada hari kedua dan ketiga, tidak mempunyai dasar patologi, keadaan tidak melampaui

potensi menjadi kern-icterus, tidak menyebabkan suatu mordibitas pada bayi.

b) Ikterus patologis

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



Gambar 2.8

Daerah Kulit Bayi Yang Berwarna Kuning Untuk Penerapan Rumus Kramer
 Sumber: Saifddin, 2009:382

Tabel 2.13
 Rumus Kramer

Daerah (Lihat Gambar)	Luas Icterus	Kadar Bilirubin (mg%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 (+) badan bagian atas	9
3	Daerah 1.2 (+) badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1.2.3 (+) lengan dan kaki di bawah dengkul	12
5	Daerah 1.2.3.4 (+) tangan dan kaki	16

Sumber: Saiffudin, 2009:383

Contoh 1:

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

Contoh 2:

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

4) Kejang

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

5) Seborrhea

Suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada bagian tubuh lainnya. Biasanya, proses pergantian sel – sel pada kulit kepala terjadi secara perlahan – lahan dan tidak terlihat oleh mata (Sudarti dkk, 2010:211).

6) Miliariasis

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

7) Muntah dan Gumoh

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

8) Oral trush

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

9) Diaper rash

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

2.4.7 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

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

- 8) Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan/push, bau busuk, pernapasan sulit.
- 9) Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasanya, lemas, mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang.
- 10) Menangis terus menerus
(Muslihatun, 2010:46-47).

2.4.8 Asuhan Bayi Baru Lahir

1) Pengertia Asuhan

Asuhan pada bayi baru lahir meliputi membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, memertahankan suhu tubuh bayi, dan memberikan vitamin K (Prawirohardjo, 2014).

Asuhan normal adalah asuhan yang diberikan kepada bayi yang tidak memiliki indikasi medis untuk dirawat di rumah sakit, tetapi tetap berada di rumah sakit karena ibu mereka membutuhkan dukungan. Asuhan normal diberikan pada bayi yang memiliki maalah minor atau masalah medis yang umum (Williamson, 2014:66).

2) Pelayanan Kesehatan Neonatus

- a) Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6 - 48 jam setelah lahir. Hal yang dilakukan:
 - (1) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - (2) Berikan ASI eksklusif

(3) Rawat tali pusat

(Rukiyah dan Yulianti, 2010:66-82)

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

(1) Jaga kehangatan tubuh bayi

(2) Berikan ASI eksklusif

(3) Cegah infeksi

(4) Rawat tali pusat

(Rukiyah dan Yulianti, 2010:66-82)

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

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

(2) Lakukan:

(a) Jaga kehangatan tubuh

(b) Beri ASI eksklusif

(c) Rawat tali pusat.

(Walyani, 2014:48).

3) Penanganan BBL

- a) Pencegahan infeksi

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

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

b) Pencegahan kehilangan panas

Pada saat lahir, bayi baru lahir belum berfungsi sempurna.

Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermi. Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui:

(1) Evaporasi, yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti

(2) Konduksi, yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin

(3) Konveksi, yaitu pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin, hembusan udara atau pendingin ruang

(4) Radiasi, yaitu ketika bayi ditempatkan di dekat benda – benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi

(Rukiyah, 2013:66).

Cara mengatasi kehilangan panas mempertahankan suhu tubuh (Rukiyah, 2013:66) yaitu:

(1) Keringkan suhu tubuh setelah bayi lahir

(2) Selimuti tubuh bayi dengan kain bersih dan hangat

(3) Selimuti bagian kepala bayi

- (4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- (5) Jagan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
- (6) Tempatkan bayi di lingkungan hangat
- (7) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan

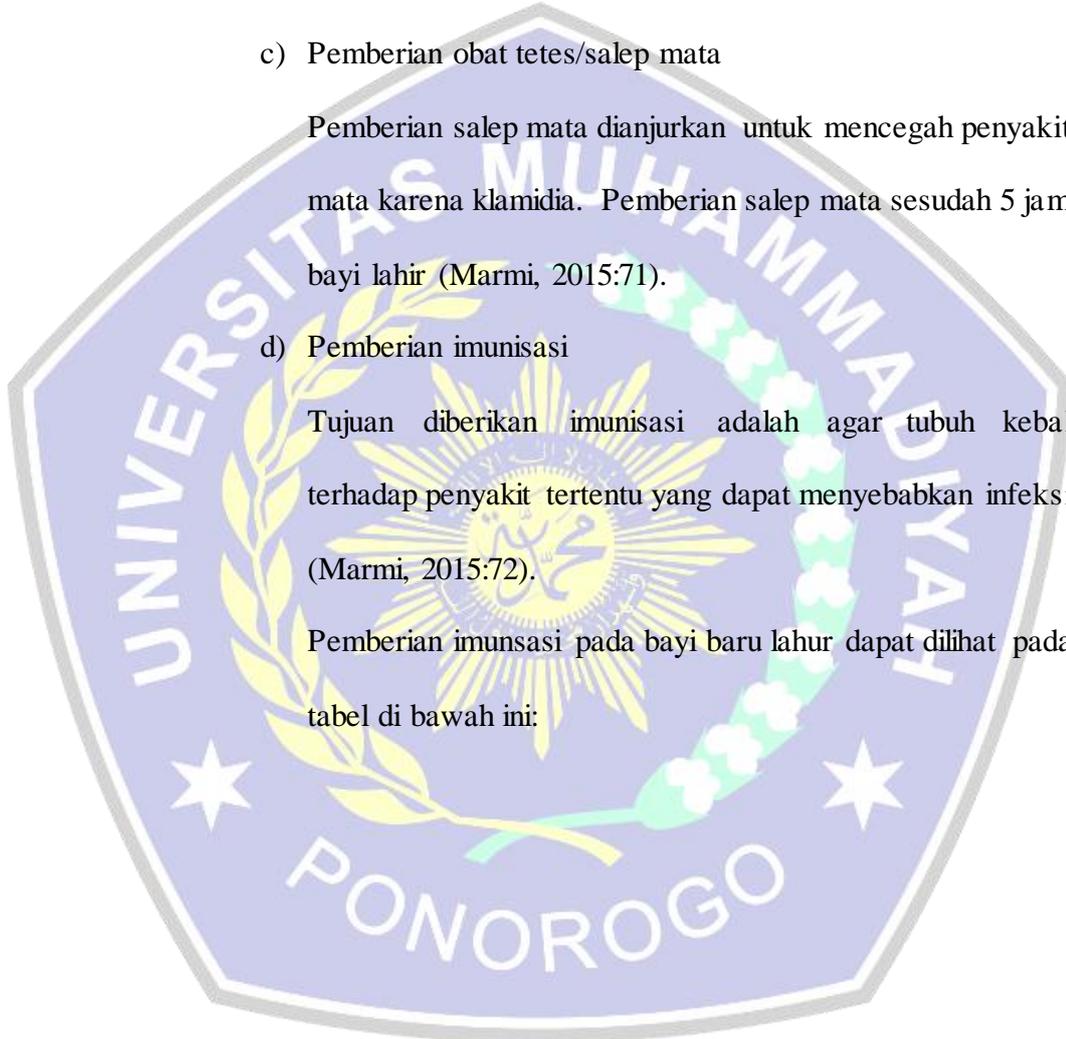
c) Pemberian obat tetes/salep mata

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

d) Pemberian imunisasi

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

Pemberian imunsasi pada bayi baru lahir dapat dilihat pada tabel di bawah ini:



Tabel 2.14
Pemberian Imunisasi pada Bayi Baru Lahir

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

Sumber: Kemenkes RI, 2016:49.

e) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

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

(1) Merangsang produksi Air Susu Ibu (ASI)

(2) Memperkuat refleks penghisap bayi

(3) Mempromosikan keterkaitan antara ibu dan bayinya, memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui kolostrum

(4) Merangsang kontraksi uterus

f) Refleks pada bayi baru lahir

Menurut Marmi, 2015:80 yaitu:

(1) Refleks Glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara perlahan – lahan dengan menggunakan jati telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengidapkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama.

(2) Refleks Sucking

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan.

Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi

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

(3) Refleks Mencari (Rooting)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi.

Misalnya: mengusap pipi bayi dengan embut: bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

(4) Refleks Palmagraph

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

(5) Refleks Babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

(6) Refleks Moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba – tiba diegrakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g) Bounding attachment

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

2.4.9 Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1) Nutrisi

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

Tabel 2.15
Kebutuhan Dasar Cairan Dan Kalori Pada Neonatus

Hari Kelahiran	Cairan/Kg/hari	Kalori/Kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke- lebih10	150-200 ml	Lebih 120 kal

Sumber: Saifuddin, 2009:163.

2) Eliminasi

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

3) Istirahat dan Tidur

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

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4 – 6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2 – 3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Marmi, 2012:317).

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan – gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Marmi, 2012).
Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak – banyaknya 2 jam per har, bergantung pada

tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Marmi, 2012:18).

6) Psikososial

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

2.4.10 Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

1) Perawatan tali pusat

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

2) Pemberian ASI/ menyusui

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

- a) Menyediakan nutrisi 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 (bounding attachment)
- d) Posisi menyusui yang benar dan tanda bayi menghisap dengan benar.

(Rochmah dkk, 2011:51).

(1) Cara menyusui dengan sikap duduk:

(a) Duduk dengan posisi santai dan tegak menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.

(b) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit.

(2) Melepaskan hisapan bayi

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

(4) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian di oleskan pada puting susu dan sekitar areola. Biarkan kering dengan sendirinya.

(5) Menyendawakan bayi

(Rochmah dkk, 2011:51).

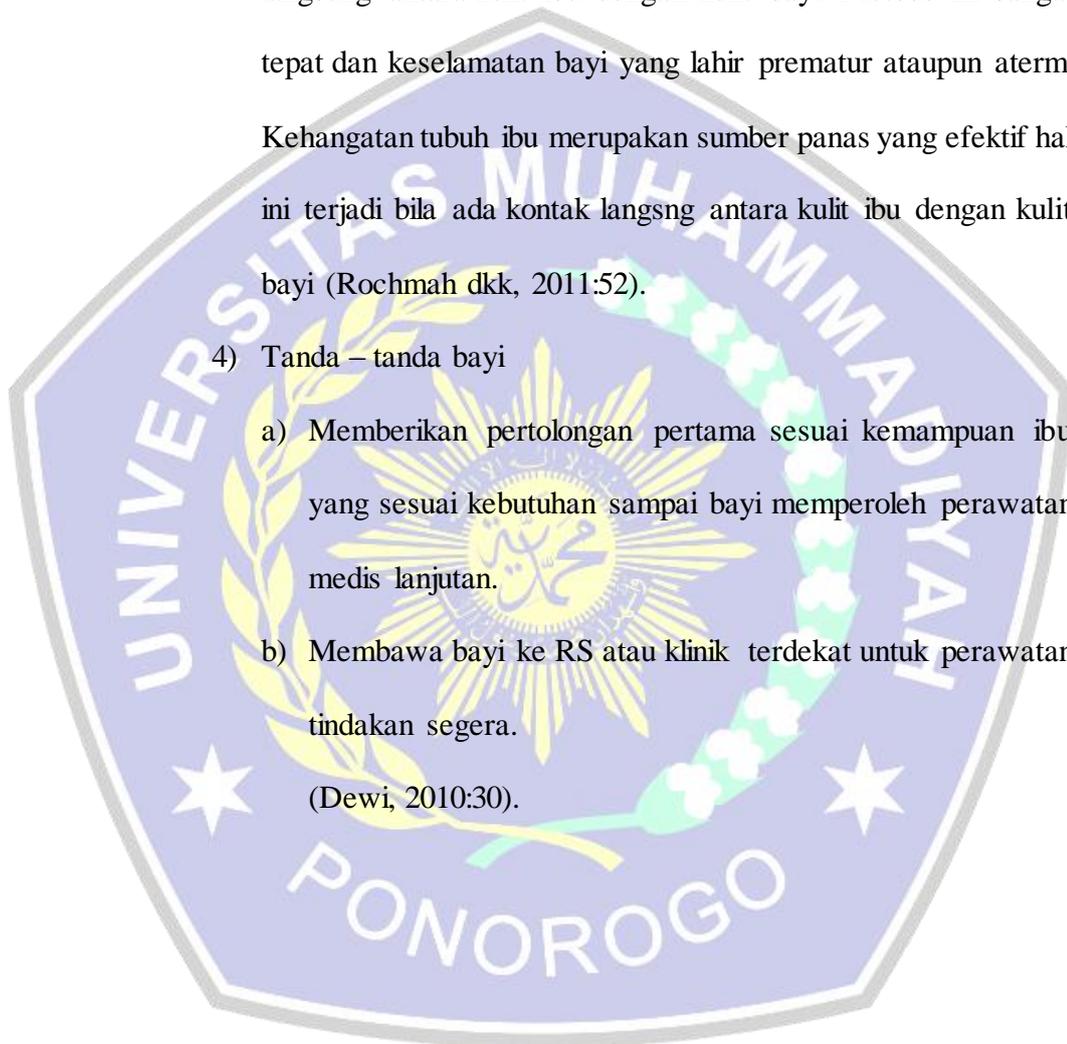
3) Jaga kehangatan bayi

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

4) Tanda – tanda bayi

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

(Dewi, 2010:30).



5) Imunisasi

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



2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

- 1) Pengertian kontrasepsi berasal dari kata “kontra” berarti mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi” adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan sel telur yang matang dengan sel sperma (Kumalasari, 2015:277).
- 2) Keluarga berencana merupakan usaha suami – istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki – laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Purwoastuti, 2015:11).
- 3) Program Keluarga Berencana (KB) merupakan upaya pemerintah untuk menekan pertumbuhan penduduk dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Keberhasilan program KB dapat dilihat dari adanya peningkatan peserta KB aktif dan penurunan TFR (Total Fertility Rate). (Indrawati, 2012:77).

2.5.2 Tujuan Keluarga Berencana

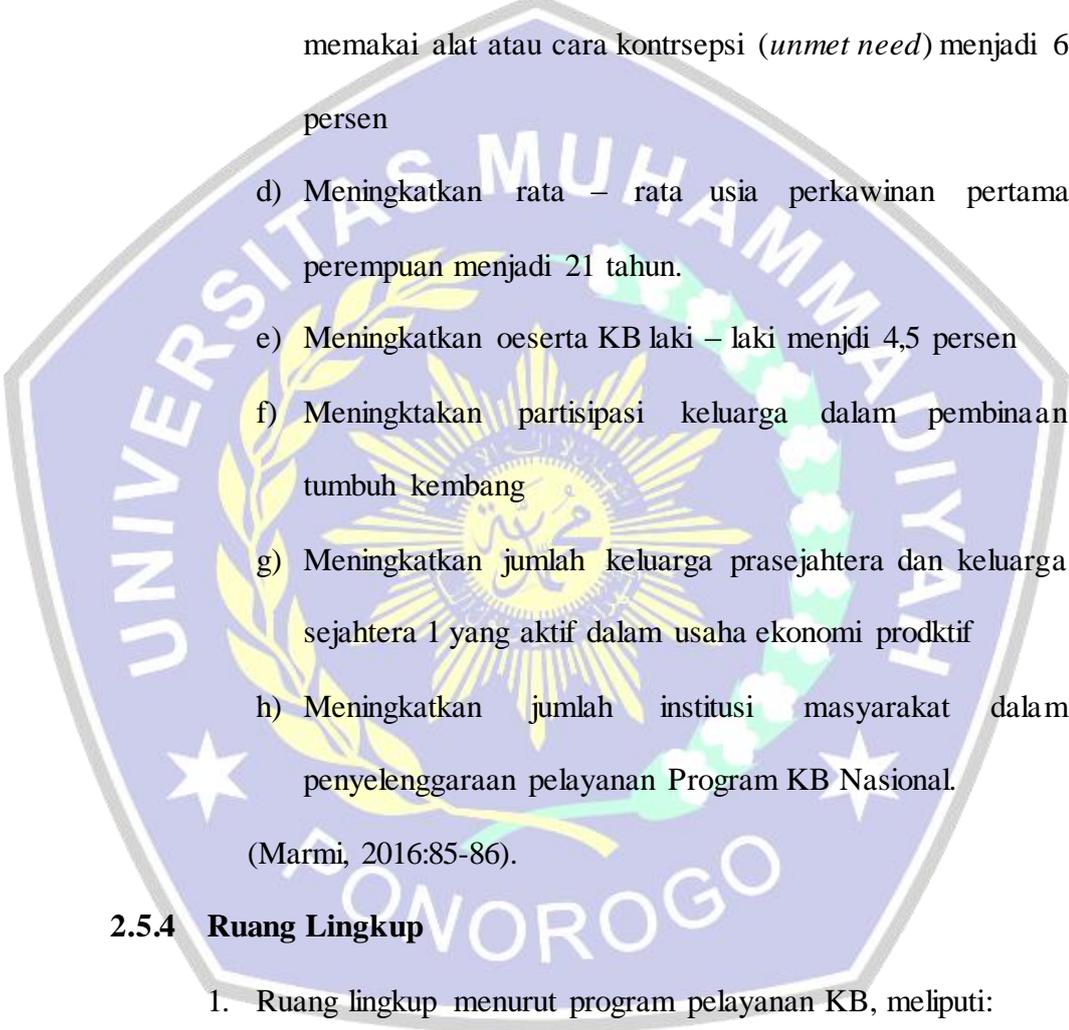
- 1) Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk
- 2) Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran, sukarela, dengan dasar pertimbangan norma dan agama
- 3) Berkembangnya usaha – usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunnya kematian ibu pada masa kehamilan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

(Imelda Fitri, 2018:18).

2.5.3 Sasaran Keluarga Berencana

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

- 1) Sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.
- 2) Secara tidak langsung adalah pelaksanaan dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera. Berikut ini merupakan sasaran program keluarga berencana yang tertuang dalam RPJM 2004 – 2009, meliputi:

- 
- a) Menurunnya rata – rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14 per tahun.
 - b) Menurunnya TFR menjadi sekitar 2,2 per perempuan
 - c) Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat atau cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6 persen
 - d) Meningkatkan rata – rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
 - e) Meningkatkan peserta KB laki – laki menjadi 4,5 persen
 - f) Meningkatkan partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang
 - g) Meningkatkan jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
 - h) Meningkatkan jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional.

(Marmi, 2016:85-86).

2.5.4 Ruang Lingkup

1. Ruang lingkup menurut program pelayanan KB, meliputi:
 - a) Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
 - b) Koseling
 - c) Pelayanan kontrasepsi
 - d) Pelayanan infertilitas

- e) Pendidikan sex (Education)
- f) Kolsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan.
- g) Konsultasi ginetik
- h) Tes keganasan
- i) Adopsi

2. Ruang lingkup program KB secara umum

- a) Keluarga berencana
- b) Kesehatan reproduksi remaja
- c) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga
- d) Penguatan pelebagaan keluarga kecil berkualitas
- e) Keserasian kebijaksanaan kependudukan
- f) Pengelolaan SDM aparatur
- g) Penyelenggraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan
- h) Meningkatkan pengawasan dan akuntabilitas aparatur negara.

(Marmi, 2016:86-87).

2.5.5 Jenis – Jenis Kontrasepsi

Jenis – jenis kontrasepsi yaitu:

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanp alat antara lain: Metode Amenorhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode

Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir serviks. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks, dan spermisida (Handayani, 2010:15).

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntik/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant (Handayani, 2010:16).

3) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

4) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopi sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani, 2010:17).

2.5.6 Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

1) Definisi Kontrasepsi Sederhana

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

2) Jenis – jenis

a) Senggama terputus

(1) Pengertian

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

(2) Cara kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (Affandi, Biran. 2014:MK-15).

(3) Efektivitas

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

(4) Keuntungan

- (a) Tidak memerlukan alat/murah
- (b) Tidak menggunakan zat – zat kimiawi
- (c) Selalu tersedia setiap saat
- (d) Tidak mempunyai efek samping

(Fitri, 2018:106)

(5) Kerugian

Angka kegagalan cukup tinggi 16 – 23 per 100 wanita per tahun, faktor – faktor yang menyebabkan angka kegagalan yang tinggi adalah:

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

(b) Kenikmatan seksual berkurang bagi suami isteri, sehingga dapat mempengaruhi kehidupan perkawinan.

(Fitri, 2018:106)

b) Metode Amenorea Laktasi

(1) Pengertian

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

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

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

(c) Bayi menghisap payudara secara langsung

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

(e) Kolostrum diberikan kepada bayi

(f) Pola menyusui on demand (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara

(g) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari

(h) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam.

(2) Mekanisme kerja

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

(3) Keuntungan

(a) Untuk bayi

Mendapatkan kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat ASI). Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.

(b) Untuk ibu

Mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi risiko anemia, meningkatkan hubungan psikologi antara ibu dan bayi.

(4) Keterbatasan

(a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar menyusui dalam 30 menit pasca persalinan

(b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial

(c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan

(d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV/ dan HIV/AIDS

(Affandi, 2014:MK-1).

2.5.7 Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

1) Pengertian

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

2) Jenis – jenis

a) Kondom

(1) Pengertian

Menurut Affandi (2010:17) kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produk hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kodom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.



Gambar 2.9

Alat Kontrasepsi Kondom

Sumber: www.google.com

(diakses pada tanggal 30 September 2019)

(2) Tipe Kondom

- (a) Kondom biasa
- (b) Kondom berkontur (bergerigi)
- (c) Kondom beraroma
- (d) Kondom tidak beraroma.

(Saiffudin, 2013:17).

(3) Cara kerja

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

(Dewi, 2011:62).

(4) Keterbatasan

- (a) Efektivitas tidak terlalu tinggi
- (b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- (c) Agak mengurangi hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung).

- (d) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual

(e) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

(Affandi, Birain. 2014:MK-19).

(5) Keuntungan

(a) Kontrasepsi

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

(b) Nonkontrasepsi

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

5. Saling berinteraksi sesama pasangan

6. Mencegah imuno infertilitas

(Affandi, 2014:MK-18)

(6) Indikasi

(a) Ingin segera mendapatkan kontrasepsi

(b) Ingin kontrasepsi tambahan

(c) Pria yang ingin berpartisipasi dalam program KB

(d) Pria yang memiliki riwayat penyakit genitalia

(e) Sensitivitas penis terhadap secret vagina

(f) Ejakulasi premature

(Saifuddin, 2013:19)

(7) Kontraindikasi

(a) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang

(b) Alergi terhadap bahan dasar kondom

(c) Pria mempunyai pasangan yang berisiko tinggi apabila terjadi kehamilan

(d) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual.

(Saifuddin, 2013:19).

2.5.8 Kontrasepsi Hormonal

1) Definsi Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi (Manuaba, 2010 dalam Affandi, 2014: MK-19).

2) Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal

Hormon estrogen dan progesteron memberikan umpan balik, terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat pengeluaran Folicle Stimulating Hormone (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan Folicle De Graaf tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran Hormone Luteinizing (LH). Estrogen mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi (Manuaba, 2010 dalam Affandi, 2014:MK-20).

3) Macam – Macam Kontrasepsi Hormonal

A. Pil

1. Pengertian

Pil kontrasepsi mencakup pil kombinasi yang berisi hormon estrogen dan progesteron yang bisa disebut dengan pil, sedangkan yang hanya berisi progestin disebut dengan “mini pil” (Hidayati, 2012:192).



Gambar 2.10
Alat Kontrasepsi Pil

Sumber: www.google.com (Diakses tanggal 04 Oktober 2019)

2. Efektivitas Kontrasepsi Pil

Pil kombinasi memiliki efektifitas lebih dari 99 persen, jika digunakan dengan benar dan konsisten. Artinya, kurang dari 1 orang dari 100 wanita yang menggunakan pil kombinasi akan hamil setiap tahunnya. Metode tersebut paling *reversible*, artinya jika pengguna ingin hamil bisa langsung berhenti minum pil dan biasanya bisa langsung hamil kembali dalam waktu 3 bulan (Jannah, dkk. 2018:135).

3. Jenis Kontraspsi Pil

Menurut Sulistyawati (2013) dalam (Marmi, 2016:193)

jenis kontrasepsi pil yaitu:

a) Monofasik

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

b) Bifasik

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

c) Trifasik

Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progesterin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dan dosis hormon bervariasi setiap hari.

4. Cara Kerja Kontrasepsi Pil

Menurut Hidayati (2012) dalam Jannah, dkk. (2018:13)

cara kerja kontrasepsi pil yaitu:

a) Menekan ovulasi

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

b) Mencegah implantasi

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

c) Mengentalkan lendir serviks

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

d) Mengubah motilitas tuba

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

5. Keuntungan KB Pil menurut Prawirohardjo, 2011:48

yaitu:

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

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

- a) Perlu diminum secara teratur, secara cermat, dan konsisten
- b) Tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) dan HIV
- c) Peningkatkan risiko gangguan sirkulasi, seperti hipertensi, penyakit arteri dan tromboembolisme
- d) Peningkatan risiko adenoma hati, ikterus kolestasik, batu ginjal
- e) Efek pada kanker payudara
- f) Tidak cocok untuk perokok diatas usia 35 tahun.

7. Indikasi Kontrasepsi Pil

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

8. Kontraindikasi Kontrasepsi Pil

- a) Hamil/diduga hamil
- b) Riwayat kanker payudara
- c) Sering lupa minum pill
- d) Miom uterus
- e) Riwayat stroke

(Affandi, 2010:MK-22).

9. Cara pemakaian Kontrasepsi Pil

- a) Minum pil pertama pada hari 1-5 siklus menstruasi.
- b) Minum pil setiap hari pada saat yang sama.
- c) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak menstruasi, mini pil dapat diminum setiap saat. Mini pil dapat diberikan setelah pasca keguguran.

- d) Bila lupa 1 atau 2 pil, minum segera pil yang terlupakan dan gunakan metode perlindungan sampai akhir bulan.
- e) Walau belum menstruasi, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis.

(Hidayati, 2012:45).

B. Suntik Progestin

1. Pengertian

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



Gambar 2.11

Alat Kontrasepsi Suntik Progestin

Sumber: www.google.com (Diakses tanggal 04 Oktober 2019)

2. Efektivitas Kontrasepsi Suntik Progesterin

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

3. Cara Kerja

- a) Menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan relase factor dan hipotalamus.
- b) Leher serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri.
- c) Menghambat implantasi ovum dalam endometrium (Mulyani, 2013:93).

4. Keuntungan

- a) Tidak berpengaruh pada hubungan seksual.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- d) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

- e) Mencegah beberapa penyakit radang panggul.
- f) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

(Affandi, 2011:44).

5. Keterbatasan

Sering ditemukan gangguan haid, seperti:

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

(Affandi, 2011:44).

6. Indikasi

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

(Affandi, 2010:346).

7. Kontraindikasi

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

(Affandi, 2011:45)

8. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan Progestin menurut Affand (2011:46), yaitu:

a) Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.

b) Mula hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.

c) Suntikan pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, dengan syarat ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

d) Penyuntikan pada ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan dapat diberikan bila ibu tersebut telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.

e) Keadaan apabila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.

- 
- f) Aturan penyuntikan pada ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat diberikan dengan syarat ibu tersebut tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Jika ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, maka ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- g) Keadaan pada ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asalkan saja yakin ibu tersebut tidak hamil.
- h) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- i) Pasca bersalin < 6 bulan jika menggunakan MAL, pasca keguguran segera atau dalam waktu 7 hari siklus haid.

C. Suntik Kombinasi

1. Pengertian

Suntikan KB ini mengandung kombinasi hormon Medroxyprogesterone Acetate (hormon progestin) dan Etradiol Cypionate (hormon estrogen) (Affandi, 2010:349).

2. Efektivitas

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

3. Indikasi

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

- i) Riwayat kehamilan ektopik
- j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

(Affandi, 2011:52)

4. Kontraindikasi

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

(Affandi, 2011:49)

5. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan

- a) Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.

b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari

c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.

d) Bila klien pasca persalinan >6 bulan menyusui serta telah mendapatkan haid, maka suntikan pertama diberikan pada siklus haid 1-7 hari.

e) Bila pasca persalinan <6 bulan dan menyusui jangan diberikan suntikan kombinasi.

f) Bila pasca persalinan 3 minggu dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.

g) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.

h) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa

perlu menunggu haid. Bila ragu – ragu perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu.

i) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntik kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan.

j) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat diberikan segera asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada 1-7 siklus haid, metode kontrasepsi tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama diberikan hari 1-7 siklus haid. Cabut segera AKDR. (Affandi, 2011:51).

6. Keuntungan

- a) Risiko terhadap kesehatan kecil
- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- c) Tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam

- d) Jangka panjang
- e) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

(Sujiyati, 2011:140)

7. Kekurangan

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

(Sujiyati, 2011:141).

D. Susuk KB/ Implan

1. Pengertian

Kontrasepsi implan adalah sistem non-oral dari implan subdermal levonogestrel yang terdiri atas enam skala kapsul dimethylsiloxane yang dibuat dari bahan silastik, masing – masing kapsul berisi 36 mg levonogestrel dalam format Kristal dengan masa kerja lima tahun (Kumalasari, 2015:278).



Gambar 2.12
KB Implan

Sumber: www.google.com

(Diakses pada tanggal 05 Oktober 2019)

2. Macam – macam implan

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

a) Norplant

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

b) Implanon

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

c) Jadena dan indoplant

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

3. Cara kerja KB implan

a) Lendir serviks menjadi kental

b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit menjalani implantasi

c) Mengurangi transportasi sperma

d) Menekan ovulasi

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

4. Indikasi

a) Usia reproduksi

b) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang

c) Ibu menyusui

d) Pasca keguguran/abortus

e) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap

(vasektomi/tubektomi)

f) Wanita dengan kontraindikasi hormon estrogen

g) Sering lupa konsumsi pil

(Kumalasari, 2015:280)

5. Kontraindikasi

- a) Hamil/ diduga hamil
- b) Perdarah pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
- c) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- d) Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi
- e) Diabetes militus
- f) Penyakit jantung/darah tinggi
- g) Varises

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

6. Keuntungan

- a) Daya guna tinggi
- b) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)
- c) Pengembalian kesuburan yang cepat
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- e) Bebas dari pengaruh estrogen
- f) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- g) Tidak mengganggu ASI
- h) Pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan
- i) Dapat dicabut setiap saat

- j) Mengurangi jumlah darah menstruasi
- k) Mengurangi atau memperbaiki anemia

(Manuaba, 2010:602).

7. Kerugian

a) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur.

b) Berat badan bertambah.

c) Menimbulkan acne, ketegangan payudara.

d) Liang sanggama terasa kering

(Manuaba, 2010:603).

8. Cara pemasangan dan pencabutan implan

a) Cara pemasangan

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

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

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

(4) Posisikan klien.

- (5) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir sesuai dengan standart pencegahan infeksi.
- (6) Pakai sarung tangan steril.
- (7) Usap tempat pemasangan implan dengan larutan antiseptic dan pasang duk berlubang yang steril.
Usap tempat yang akan dilakukan insisi ke arah luar dengan gerakan melingkar, sekitar 8-13 cm dan biarkan kering.
- (8) Buat insisi pada lengan. Buat insisi dangkl sedalam 2 mm hanya untuk menembus kulit.
- (9) Tusukan trokar dan pendorongnya. Masukkan trokar jangan dengan paksaan. Jika terdapat tahanan coba dari sudut lainnya (batas masuknya trokar sampai tanda strip kedua).
- (10) Angkat trokar ke atas. Trokar diangkat ke atas untuk meletakkan kapsul tepat dibawah kulit, sehingga kulit terangkat.
- (11) Tarik pendorong keluar dan masukan kapsul implan.
- (12) Tahan pendorong dan menarik trokar keluar, raba ujung kapsul dengan jari, untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.

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

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

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

(16) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir.

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

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

(Sulistyawati, 2011:44)

b) Cara pencabutan

(1) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis

(2) Tentukan lokasi dari implan dengan jari – jari tangan dan dapat diberikan tanda dengan tinta atau apa saja

(3) Suntikan anastesi local di bawah implan

(4) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung – ujung implan pada daerah alas kipas

(5) Keluarkan implan pertama yang terletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan.

Samapai saat ini dikenal 3 cara pencabutan norplan.

Cara pop-out

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

Cara standard

Bila cara pop-out tidak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem

musquito, sampai kira – kira 0,5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang insisi. Putar pegangan klem pada posisi 180 disekitar sumbu utamanya mengarah ke bahu akseptor. Bersihkan jaringan – jaringan yang menempel di sekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa steril sampai kapsul terlihat jelas. Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem crille, lepaskan klem mosquito, dan keluarkan kapsul dengan klem crille. Cabut atau keluarkan kapsul – kapsul lainnya dengan cara yang sama.

Cara “U”

Teknik ini dikembangkan oleh Dr. Untung Prawirohardjo dari Semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira- kira 5 mm proksimal dari ujung distal kapsul, diantara kapsul ke 3 dan kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengan meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar ke arah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat

dibawah lubang insisi dan dapat dibersihkan dari jaringan – jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar. (Hartono, 2009:69).

2.5.9 Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)

1) Pengertian

AKDR atau IUD adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan dimasukkan kedalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang. (Marmi, 2016:256)



Gambar 2.13
Kontrasepsi AKDR

Sumber: www.google.com (Diakses tanggal 06 Oktober 2019)

2) Jenis – jenis IUD/AKDR

- a) Copper-T IUD bentuk T, terbuat dari bahan polyethelene dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus.

- b) Cooper-7 Berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan.
- c) Multi load terbuat dari plastik dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksible.
- d) Lippes loop terbentuk dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung.

(Handayani, 2010:80).

3) Cara kerja KB IUD/AKDR

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum mencapai kavum uteri.
- c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.

(Handayani, 2010:80).

4) Efektivitas

IUD sangat efektif (92-97%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Tipe multi load dapat dipakai selama sampai 4 tahun, nova T dan copper T 200 (Cut-T 200) dapat dipakai 3-5 tahun, cut T 380 dapat untuk 8 tahun, kegagalan rata – rata 0,8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian. (Handayani, 2010:81).

5) Indikasi

- a) Usia reproduksi.
- b) Keadaan nulipara.
- c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- d) Perempuan menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- g) Risiko rendah dari IMS.
- h) Tidak menghendaki metode hormonal.
- i) Tidak menyukai mengingat – ingat seperti minum pil.
- j) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.
- k) Perokok.
- l) Gemuk ataupun kurus.
- m) Pemasangan dapat dilakukan bidan dan dokter yang telah dilatih secara khusus.

(Hidayati, 2012 dalam Fitri 2018:166).

6) Kontraindikasi

- a) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).
- b) Perdarahan vagina yang tidak diketahui penyebabnya.
- c) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servisititis).
- d) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus.

- e) Kelainan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi cavum uteri.
- f) Penyakit trofoblas yang ganas.
- g) Diketahui menderita TBC pelvis.
- h) Kanker alat genitalia.
- i) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

(Saifuddin, 2013 dalam Fitri, 2018:166).

7) Keuntungan

- a) Efektif dengan segera.
- b) Tidak ada interaksi obat.
- c) Reversible dan sangat efektif.
- d) Tidak terkait dengan coitus.

(Hidayati, 2012 dalam Fitri 2018:166).

8) Kerugian

- a) Mengalami keterlambatan datang bulan, yang disertai tanda kehamilan, mual pusing, muntah – muntah.
- b) Terjadi perdarahan lebih banyak, dari haid biasanya.
- c) Sakit, misalnya di perut pada saat melakukan senggama.

(Hidayati, 2012 dalam Fitri 2018:166).

9) Efek samping dan komplikasi

a) Efek samping umum terjadi:

Perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi dan saat haid lebih sakit.

(Sukarni dkk, 2013:370-375)

b) Komplikasi

Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang jika pemasangan benar) (Sukarni dkk, 2013:370-375).

10) Cara pemasangan AKDR/IUD

a) Konseling awal

- (1) Sapa klien
- (2) Beri informasi umum KB
- (3) Informasi mengenai KB
- (4) Jelaskan apa yang diperoleh

b) Konseling metode khusus

- (5) Jamin kerahasiaan klien
- (6) Kumpulan data klien
- (7) Tanya tujuan KB
- (8) Tanya agama
- (9) Kebutuhan dan kekhawatiran

(10) Bantu klien memilih KB

(11) Jelaskan efek samping IUD

c) Konseling pra pemasangan

(12) Solusi klien amnesia

(13) Melakukan pemeriksaan fisik dan panggul

d) Pemeriksaan perut – inspekulo - bimanual

(14) BAK – cuci kemaluan

(15) Pakai pelindung – cuci tangan

(16) Bantu klien naik tempat tidur

(17) Palpasi perut

(18) Kenakan penutup

(19) Atur cahaya lampu

(20) Pakai sarung tangan

(21) Atur alat

(22) Inspeksi alat genitalia eksterna

(23) Palpasi kelenjar skene bertholini

(24) Pasang speculum

(25) Inspekuloid

(26) Keluarkan speculum

(27) Periksa bimanual

(28) Periksa vagina

(29) Celup sarung tangan

- e) Tindakan pra pemasangan
- (30) Jelaskan proses pemasangan
 - (31) Masukkan lengan IUD
- f) Tindakan pemasangan
- (32) Pakai sarung tangan
 - (33) Pasang speculum
 - (34) Usap serviks vagina
 - (35) Jepit serviks
 - (36) Masukkan sonde
 - (37) Ukur uterus keluarkan sonde
 - (38) Ukur sonde dikemas IUD
 - (39) Keluarkan IUD dari kemasan
 - (40) Masukkan IUD posisi horizontal (tarik lembut tenakulum)
 - (41) Tahan/pegang tenakulum
 - (42) Lakukan "WITHDRAWEL"
 - (43) Keluarkan pendorong, dorong tabung ke portio sampai batang biru
 - (44) Keluarkan tabung dan buang ke tempat sampah
 - (45) Keluarkan tabung 3-4 cm, gunting benang
 - (46) Lepas tenakulum
 - (47) Tekan portio 30-60'
 - (48) Keluarkan speculum, pasien istirahat 15 menit

g) Tindakan pasca pemasangan

(49) Rendam alat dekontaminasi

(50) Buang bahan / sampah

(51) Celup sarung tangan

(52) Cuci tangan

(53) Lepas pelindung

(54) Ajari klien

h) Konseling pasca pemasangan

(55) Ada efek samping – control

(56) Kapan harus control

(57) IUD dalam 5-8 tahun

(58) Boleh control setiap ada keluhan

(59) Minta klien untuk ulangi penjelasan

(60) Dokumentasi

11) Pencabutan AKDR/IUD

a) Tindakan pra pencabutan

(1) Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kemih dan mencuci kemaluannya menggunakan sabun

(2) Bant klien ke meja pemeriksaan

(3) Cuci tangan dengan air sabun, keringkan dengan air bersih

(4) Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT

(5) Atur peralatan dan bahan – bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT

b) Tindakan pencabutan

(6) Lakukan pemeriksaan bimanual

(7) Pastikan gerakan serviks bebas

(8) Tentukan besar dan posisi uterus

(9) Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneksa

(10) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks

(11) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali

(12) Jepit benang yang dekat dengan klem

(13) Tarik keluar benang dengan mantap tetapi hati – hati untuk mengeluarkan AKDR

(14) Tunjukkan AKDR tersebut pada klien, kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5%

(15) Keluarkan speculum dengan hati – hati

c) Tindakan pasca pencabutan

(16) Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi

(17) Buang bahan – bahan yang sudah tidak terpakai lagi (bekas sarung tangan sekali pakai) ke tempat yang sudah disediakan

(18) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin tersebut

(19) Cuci tangan dengan air dan sabun

(20) Amati selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang

(21) Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (seperti perdarahan yang lama atau rasa nyeri pada perut/panggul)

(22) Buat rekam medik tentang pencabutan AKDR

(Tahir, dkk. 2015:8-9)

2.5.10 Kontrasepsi Mantap MOW

1) Pengertian

Kontrasepsi mantap atau steril pada wanita adalah suatu kontrasepsi permanen yang dilakukan dengan cara melakukan suatu tindakan pada kedua saluran telur sehingga menghalangi pertemuan sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma) (Sofian, 2013:56).

2) Efektivitas

Tubektomi merupakan metode kontrasepsi yang sangat efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitasnya yaitu 0,5 kehamilan per 100 perempuan (0,5%)

selama tahun pertama penggunaan (Saifuddin, 2010 dalam Fitri 2018:170).

3) Waktu

Pelaksanaan tindakan sterilisasi dilakukan pada saat:

(a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini tidak hamil

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

(c) Pasca persalinan (postpartum) sebaiknya dilakukan dalam 24 jam atau selambat – lambatnya 48 jam pasca persalinan.

Setelah lebih dari 48 jam, operasi akan lebih sulit dengan adanya oedema tuba dan infeksi yang akan menyebabkan kegagalan sterilisasi. Jika dilakukan setelah hari ke-7 samapai hari ke-10 pasca persalinan, uterus dan alat genitalia lainnya telah mengecil dan mengciut yang menyebabkan mudah terjadinya perdarahan dan infeksi.

(d) Pasca keguguran (post abortus) sterilisasi dapat dilakukan sesaat setelah terjadinya abortus.

(e) Saat tindakan operasi pembedahan abdominal hendaknya pembedahan abdominal telah dipertimbangkan untuk tindakan sterilisasi karena pada tindakan ini dapat sekaligus dilakukannya kontrasepsi mantap (Sofian, 2013:57).

4) Keuntungan

Terdapat beberapa keuntungan dan manfaat sterilisasi wanita, yaitu:

- (a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breasfeeding)
- (c) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius
- (e) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal
- (f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium)
- (h) Berkurangnya risiko kanker ovarium (Saifuddin, 2010)
- (i) Motivasi hanya dilakukan satu kali, sehingga tidak diperlukan motivasi yang berulang
- (j) Tidak adanya kegagalan dari pihak pasien (patient's failure)
- (k) Tidak mempengaruhi libido seksual (Anwar, 2011:43).

5) Keterbatasan

Meskipun banyak keuntungan yang didapat pada metode sterilisasi ini, tetap saja terdapat pada metode sterilisasi ini, tetap saja terdapat keterbatasan diantaranya:

- (a) Tidak dapat melindungi dari infeksi menular seksual (IMS), termasuk HBV dan HIV/AIDS
- (b) Harus dipertimbangkan kembali sifat permanen kontrasepsi ini karena tidak dapat dipulihkan kecuali dengan operasi rekanalisasi
- (c) Klien dapat menyesal dikemudian hari
- (d) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- (e) Hanya dilakukan oleh dokter yang terlatih
(Saifuddin, 2010 dalam Fitri 2018:173).

6) Syarat

Terdapat beberapa syarat untuk menjadi akseptor kontrasepsi mantap MOW yaitu:

(a) Syarat sukarela

Meliputi pengetahuan pasangan mengenai cara kontrasepsi lain, risiko dan keuntungan kontrasepsi mantap, serta sifat permanen metode ini.

(b) Syarat bahagia

Syarat ini berdasarkan ikatan perkawinan yang sah dan harmonis. Umur istri sekurang – kurangnya 25 tahun dengan sekurang – kurangnya 2 orang anak hidup dan anak terkecil berumur lebih dari 2 tahun.

(c) Syarat medik

(Saifuddin, 2009 dalam Jannah, 2018:176).

7) Indikasi

Menurut Amru Sofian (2013) dalam (Affandi, 2014:MK-92), sterilisasi dilakukan atas indikasi:

(a) Indikasi medis umum

Adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat jika wanita tersebut hamil lagi, seperti tuberkulosis paru, penyakit jantung, penyakit ginjal maupun skizofrenia.

(b) Indikasi medis obstetrik

Adanya riwayat toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea berulang dan histerektomi obstetrik.

(c) Indikasi medis ginekologik

Pada waktu melakukan operasi ginekologik, dapat dipertimbangkan untuk dilakukannya sterilisasi.

(d) Indikasi sosial ekonomi

(1) Rumus 120; yaitu perkalian jumlah anak hidup dan umur ibu, kemudian dapat dilakukan sterilisasi atas persetujuan suami istri.

(2) Rumus 100; yaitu perkalian jumlah anak hidup dan umur ibu, kemudian dapat dilakukan sterilisasi atas persetujuan suami istri.

8) Kontraindikasi

- (a) Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai)
- (b) Perdarahan pervagina yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi)
- (c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah tersebut sembuh)
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan
- (f) Belum memberikan persetujuan tertulis.

(Saifuddin, 2010 dalam Fitri 2018:179).



2.6 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Pengkajian Data

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

a. Data subyektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan nama lengkap, bila perlu nama panggilan sehari – hari agar tidak keliru melakukan penanganan (Ambarwati, 2010:89).

b) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 – 30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2 – 5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20 – 29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30 – 35 tahun (Winkjosastro, 2010:23).

c) Pendidikan

Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011:124).

d) Pekerjaan

Mengetahu pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, premature, dan paparan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Walyani, 2015:119).

e) Penghasilan

Tingkat sosial ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologi ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat sosial yang baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologi yang baik pula. Status gizi pun akan meningkat karena gizi yang didapatkan berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologi mengenai biaya persalinan dan pemenuhan

kebutuhan sehari – sehari setelah bayinya lahir (Marmi, 2011:106).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010:90).

2) Keluhan utama

Menurut Marmi (2011:77) ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III yaitu:

a) Edema dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan penongklat tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah karena tekanan uterus yang membesar pada vena – vena panggul yang saat wanita tersebut duduk atau berdiri pada vena kava inferior sat terlentang.

b) Peningkatan frekuensi berkemih

Peningkatan frekuensi berkemih sering dialami oleh primigravida. Bagian janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

c) Hemmoroid

Hemomoroid sering didahului oleh konstipasi. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar.

Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan pada vena hemmoroid.

d) Konstipasi

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

e) Sesak napas

Pada periode ini, uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma.

f) Nyeri ulu hati

Hal ini disebabkan penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan oleh peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus, tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

g) 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.

h) Kram tungkai

Salah satu dugaan lain adalah baha uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstermitas bagian bawah.

i) Nyeri panggul bawah

Pada ibu hamil trimester III, biasanya akan berjalan dengan ayunan tubuh ke belakang akibat peningkatan lordosis. Lengkungan ini akan menregangkan otot punggung dan menimbulkan rasa sakit atau nyeri.

3) Riwayat kesehatan

a) Penyakit jantung

Kehamilan dikontraindikasikan untuk penyakit jantung tertentu dan pada kondisi ini keputusan tentang apakah kehamilan dapat dipertahankan atau tidak sebaiknya dibuat berdasarkan saran sepsis perinatologi dan jantung (Manuaba, 2010:333).

b) Anemia

Bahaya anemia selama kehamilan yaitu terjadi abortus, persalinan premature, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekomposisi kordis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$), molahidatidosa, hiperemesis

gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (Manuaba, 2010:240).

c) Sifilis

Penyebab penyakit ini adalah *Treponema pallidum* yang dapat menembus plasenta setelah usia kehamilan 16 minggu. Pengaruh terhadap kehamilan dapat dalam bentuk persalinan prematuritas atau kematian dalam rahim dan infeksi bayi dalam bentuk konginetal (Manuaba, 2010:338).

d) Asma

Penyakit asma dan kehamilan kadang – kadang bertambah berat atau malah berkurang. Dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kehamilan. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010:336).

e) TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, sitomegalovirus, herpes simpleks, dan rubella dapat menimbulkan abortus, persalinan premature, pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2010:340).

f) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinis wanita dengan infeksi HIV/AIDS. Transmisi vertical merupakan penyebab

tersering infeksi HIV pada bayi dan anak – anak. Tranmisi AIDS dari ibu kepada janin dapat terjadi itrauterin (5% - 10%), saat persalinan (10%-20%), pasca persalinan (5%-20%). Kelainan dapat terjadi pada janin adalah berat badan bayi rendah, bayi lahir mati, dan abortus spontan (Saifuddin, 2011:933).

4) Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik (Romauli, 2011:167).

5) Riwayat kebidanan

a) Menstruasi

Menurut Marmi (2011:157), gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan, dan tentang haid meliputi menarche, banyaknya darah, haid teratur atau tidak,

siklusnya, lamanya haid, sifat darah (cair atau bekuan – bekuan, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhir.

b) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi – komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi, 2011:158).

c) Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin, serta komplikasi – komplikasi yang menyertai (Marmi, 2011:158).

d) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201).

e) Kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2009:60) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali dalam trimester pertama, satu kali pada trimester kedua,

dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standart minimal 10T yaitu: timbang, ukur tekanan darah, nilai status gizi (LILA), tentukan presentasi janin dan denyut jantung jani (DJJ), ukur tinggi fundus uteri, pemberian minimal TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium, tatalaksana kasus, dan temu wicara dalam persiapan rujukan.

6) Riwayat kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat memengaruhi Estimated Date of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan (Marmi, 2011:158).

7) Pola kebiasaan sehari – hari

a) Nutrisi

Menurut Saifuddin (2014:286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan:

(1) Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan

faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10 – 12 kg selama hamil.

(2) Protein

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

(3) Kalsium

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

(4) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mg, minimal masing – masing 90 tablet. Tablet

zat besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigen jaringan yang diperoleh dari peningkatan dan oksigen melalui hemoglobin dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama trimester kedua. Sumber zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi (Saifuddin, 2010:N-3).

(5) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Saifuddin, 2010:N-3).

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi

(terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011:134).

(2) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011:137).

c) Istirahat

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/ pembesaran rahim dan ruang abdomen. Nyeri pada ligamen ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligamen karena adanya pembesaran rahim. Istirahat dengan posisi duduk lazim dipilih ibu hamil. Paha harus tertopang kursi, kaki dalam posisi datar di lantai. Bila perlu kaki sedikit ditinggikan di atas bangku kecil (Romaui, 2011:154).

d) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot – otot sehingga dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang

dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan – jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2012:132).

e) Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 2x sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat. Kebersihan mulut dan gigi perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium (Romauli, 2011:138).

Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

(1) Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman, mudah menyerap keringat, mudah dicuci, tanpa sabuk atau pita yang menekan dibagian perut/pergelangan tangan, leher.

Desai BH harus disesuaikan agar menyangga payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara.

(2) Memakai sepatu dengan hak yang lebih rendah (Romauli, 2011:138).

(3) Pemeliharaan payudara

Pada kehamilan 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan kolostrum yang berasal dari asinus yang mulai bersekresi. Pada trimester III, pertumbuhan

kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kolostrum yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan menggunakan busa akan mengganggu penyerapan keringat pada payudara (Marmi, 2011:128).

(4) Kebersihan genetalia

Yang harus diperhatikan adalah celana dalam harus kering, jangan menggunakan obat atau menyemprot ke dalam vagina, sesudah BAK dan BAB dilap dengan lap khusus (Marmi, 2011:132).

f) Riwayat seksual

Pada trimester III libido ibu menurun sehingga jarang melakukan hubungan seksual (Romauli, 2011). Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan hubungan seksual perlu dihindari karena dapat membahayakan. Keinginan seksual ibu hamil trimester III sudah berkurang karena berat perut yang semakin membesar dan tekniknya pun sudah sulit dilakukan. Posisi diatur untuk menyesuaikan pembesaran perut (Marmi, 2011:201).

g) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Ibu hamil yang merokok menyebabkan bayi kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Kandungan nikotin di dalam rokok dapat meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epinefrin dan CO₂ (meningkatkan risiko kasus terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal, preeklamsia, BBLR) (Marmi, 2011:112).

(2) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting, paling tidak untuk membantu wanita yang ingin merokok, mengidentifikasi bayi dan janin berisiko, dan mengidentifikasi wanita berisiko terinfeksi HIV (Marmi, 2011:156-157).

(3) Alkohol

Masa signifikan yang ditimbulkan oleh anak – anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:156).

h) Dukungan situasional

Dukungan selama hamil sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dari orang terdekat apalagi bagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2011:145).

i) Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur, dan gorengan – gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini sangat merugikan pasien dan janin karena jal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mempengaruhi nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang karena volume ASI dipengaruhi oleh asupan nutrisi dengan kualitas dan kuantitas yang cukup (Romauli, 2011:169-170).

j) Psikososial dan spiritual

Ibu hamil trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan diri sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan memperbesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2011:95-96).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

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

(1) Baik

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

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

(Sulistyawati A. 2011:174-175).

(3) Kesadaran

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

(Sulistyawati, 2011:175).

b) Tanda – tanda vital

(1) Tekanan darah

Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik ≥ 120 mmHg, ia berisiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2011:99). Tekanan darah normal 110-120/70-80 mmHg

(Kamariyah, dkk. 2014:91).

(2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetap jarang melebihi 100x/menit. Curiga hipotriodis me jika denyut nadi 100x/menit. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2011:163). Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, syok, ansietas, atau dehidrasi *Respiratory Rate* (pernafasan) (Widatiningsih dkk, 2017:179).

(3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$ (Kamariyah, dkk. 2014:89). Bila suhu tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:169).

(4) Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16 – 24 kali per menit (Romauli, 2011:173).

c) Antropometri

(1) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romauli, 2011:173). Menurut Marmi (2011:163), tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Sehingga, tinggi badan harus diukur pada kunjungan awal kehamilan.

(2) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2012:117). Sedangkan menurut Saiffudin (2010) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.16

Tabel 2.16
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi
Rendah	$\leq 19,8$	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesits	≥ 29	≥ 7
Gemelli		16 – 20,5

Sumber: (Saifuddin, 2010:180)

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pada bagian kiri lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga ia berisiko untuk melahirkan BBLR. Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makannya (Romauli, 2011:173).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174). Oedema wajah, kaki dan tangan merupakan salah satu gejala preeklamsia (Manuaba, 2010:261).

c) Mata

Bengkak atau tidak (apabila kelopak mata sudah bengkak kemungkinan terjadi preeklamsi berat), konjungtiva merah muda atau pucat, sclera putih/kuning (Beaty, 2012:122).

d) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung dan adakah pengeluaran sekret (Ummi Hani, 2011:92).

e) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174).

f) Telinga

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

g) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

h) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispnea, penurunan bunyi nafas (Sulistyawati, 2011:176).

i) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan kolostrum. Kolostrum ini berasal dari asinus yang mulai bersekresi (Romauli, 2011:177).

j) Abdomen

Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livide dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011:174).

Bentuk pembesaran perut (perut membesar kedepan atau kesamping, tampakkah gerakan janin atau kontraksi rahim), luka bekas operasi, ukuran tinggi fundus uteri, hitung TBJ,

letak presentasi posisi dan penurunan kepala, mendengar denyut jantung janin (DJJ), dan gerakan janin (Umami, 2011:92).

(1) Palpasi Abdomen atau periksa raba yaitu untuk menentukan besarnya rahim, menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin, serta memastikan tidak ada tumor, kista myoma di dalam rongga perut (Restiani, 2015:36). Cara melakukan palpasi menurut Leopold adalah sebagai berikut:

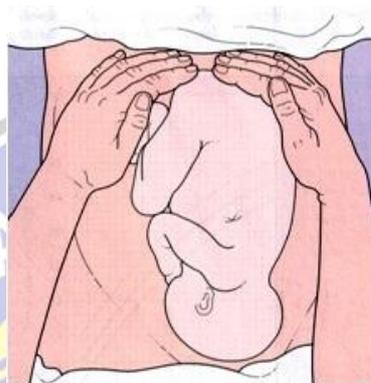
(a) Leopold I

Pemeriksaan Leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Romauli, 2011:175).

Langkah – langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

1. Kaki pasien dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
2. Pemeriksa berdiri di sebelah kanan pasien dan melihat ke arah muka penderita
3. Rahim di bawah ketengah

4. Tinggi fundus uteri ditentukan
 5. Menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.
- (Manuaba, 2010:120)

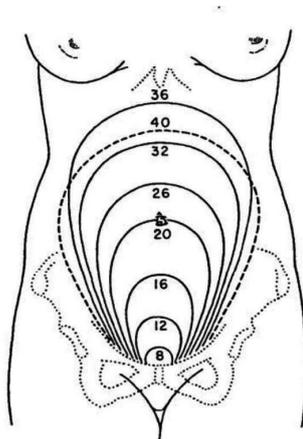


Gambar 2.14
Posisi Leopold I
Sumber: Manuaba, 2010:188

Tabel 2.17
TFU Berdasarkan Leopold Pada Trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	1/3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan prosesu xifoideus (px) dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2 – 3 jari dibawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Manuaba, 2010:100



Gambar 2.15
 Pemeriksaan Fundus Uteri Untuk Menentukan Umur Kehamilan
 Sumber: Saifuddin. 2016. *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Hal: 176.
 Jakarta: BPSP.

(b) Leopold II

Tujuan leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (ekstermitas) (Romauli, 2011:175).

Langkah – langkah pemeriksaan leopold II yaitu:

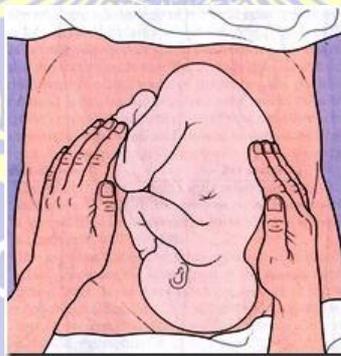
1. Kedua tangan pindah ke samping
2. Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian – bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

3. Kadang –kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang (Marmi, 2014:167-168). Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus tangan yang lain meraba punggung janin.

(Manuaba, 2010:118).

Variasi Buddin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:95).

Variasi Ahfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:95).



Gambar 2.16
Posisi leopold II
Sumber: Manuaba, 2010:118

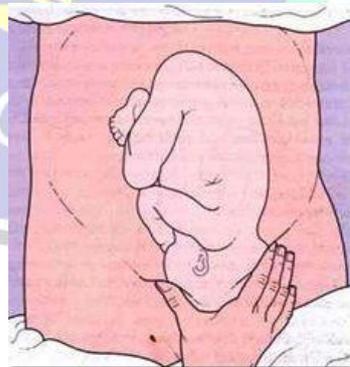
(c) Leopold III

Tujuan leopold III yaitu untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normlnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin) (Romauli, 2011:175). Serta apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Marmi, 2014:168).

Langkah – langkah pemeriksaan leopold III yaitu:

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

(Manuaba, 2010:119).



Gambar 2.17
Posisi leopold III
Sumber: Manuaba, 2010:119

(d) Leopold IV

Tujuan leopold IV yaitu untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP guna menentukan bagian bawah dalam rahim konvergen atau divergen (Fatimah, 2017:112).

Langkah – langkah pemeriksaan leopold IV yaitu:

1. Kaki pasien diluruskan
2. Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki klien
3. Ditentukan seberapa jauh masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
4. Jika kita rapatkan kedua tangan pada perukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar apakah konvergen atau divergen. (Fatimah, 2017:112).



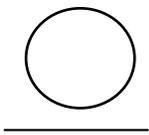
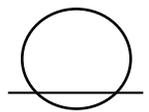
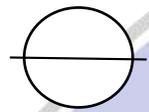
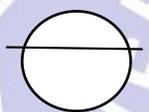
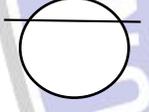
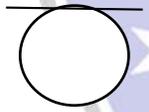
Gambar 2.18
Posisi leopold IV
Sumber: Manuaba, 2010:119

(2) Penurunan

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan 5 jari tangan pemeriksa (per lima). Penurunan bagian terbawah dengan metode 5 jari:

- a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis
- b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul
- c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
- d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakan)
- e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul
- f) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Marmi, 2011:149).

Tabel 2.18
 Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksan luar	Periksa luar	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakan
 = 4/5	H I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 = 1/5	H III-IV	Kepala di dasar panggul
 = 0/5	H IV	Di perineum

Sumber: Marmi, 2011:149

(3) Pemeriksaan osborn tes

Tujuan pemeriksaan osborn tes adalah tes untuk mengetahui adanya DKR (Disposisi Kepala Panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test osborn adalah sebagai berikut:

(a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu.

(b) Tangan kiri mendorong kepala janin masuk PAP.

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test osborn adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila tonjolan lebih dari 2 jari, maka hasil test osborn adalah (+). Apabila teraba tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil test osborn adalah ragu – ragu. Dengan penambahan usia kehamilan, ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase). Cara lain apabila kepa tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka jari tengah diletakkan tepat diatas simpisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka tes osborn adalah negatif (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu – ragu. Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah positif (+).

(Yeyeh, 2011:355).

(4) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Melakukan pemeriksaan mengukur tinggi fundus uteri dengan teknik *Mc. Donald* bertujuan untuk menentukan umur kehamilan berdasarkan bulan dibandingkan dengan hasil anamnesis *HPHT* dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. Tinggi fundus uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan *HPHT* (Ambarwati, 2011:83). Cara menghitung TFU untuk menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

(a) Tinggi fundus (cm) $\times 2/7$ = (durasi kehamilan dalam bulan)

(b) Tinggi fundus (cm) $\times 8/7$ = (durasi kehamilan dalam minggu)

(Manuaba, 2010:163).



Tabel 2.19
Tinggi Fundus Uteri

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah antara simpisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	-	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Rukiyah, 2009:33

(5) Tafsiran Berat Janin

Dalam penghitungan TBJ dapat menggunakan rumus

Johnson-Tusak: $TBJ = (\text{Mac Donald} - n) \times 155$

n: posisi kepala janin masih diatas spina ischiadika atau bawah. Bila diatas (-12) dan bila di bawah (-11)

(Rukiyah, 2009:33).

Tabel 2.20
Tafsiran Berat Janin Berdasarkan Usia Kehamilan

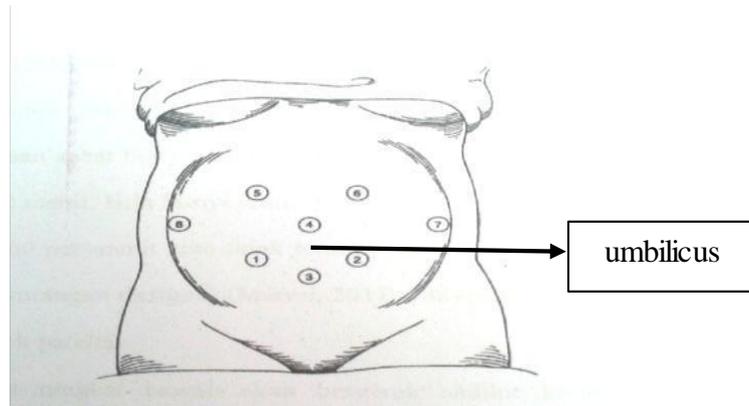
Usia Kehamilan	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba, 2010:134-135

(6) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 – 140 denyut per menit. Bila denyut jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, makan janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:189). Denyut jantung janin dihitung dengan menggunakan 5 detik pertama, interval 5 detik dilanjutkan untuk menghitung 5 detik kedua, interval 5 detik dilanjutkan menghitung 5 detik ke tiga. Jumlah perhitungan selama 3 kali 5 detik dikalikan 4, sehingga denyut jantung janin selama satu menit dapat ditetapkan (Manuaba, 2010:116).

Letak Punctum Maksimum setelah minggu ke – 26 gestasi dapat dilihat pada gambar 2.19



Gambar 2.19

Letak Puctum Maksimum

Sumber: www.google.com (diakses pada tanggal 11 oktober 2019)

Keterangan:

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilicus berada di pertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula – mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan dipertengahan garis imajinir yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung di atas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan dipertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan inci dari umbilicus, mendekati panggul

(Manuaba, 2010:116).

k) Genitalia

Pada pemeriksaan genitalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi, dan memar. Pemeriksaan menyeluruh biasanya dilakukan dengan memisah labia mayora, dari minora dan dengan perlahan menarik ujung klitoris (Marmi, 2014:170).

l) Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatkan kadar hormone yang melemahkan dinding vena dibagian anus. Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena di area panggul.

Hemoroid dibagi 4 yaitu:

Derajat 1:

Benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB

Derajat 2:

Benjolan besar, kita masukkan tidak keluar

Derajat 3:

Benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukan keluar lagi

Derajat 4:

Benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010:94).

m) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvis ketika duduk atau vena ana inferior pada saat berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan kaki disertai protein urine dan hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia. Edema dapat mengidentifikasi penyakit kardiovaskuler. Varises dapat meningkatkan risiko flebitis dalam kehamilan (Walsh, 2012:208).

3) Pemeriksaan khusus

a) Perkusi reflek patella

Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. Reflek lutut negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011:186).

b) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014:171-176) persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan ahir terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran – ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah

persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

(1) Pemeriksaan panggul luar

(a) Distansia spinarum, jarak antar spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-26$ cm).

(b) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).

(c) Conjugata eksterna (baudelque) jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruang tulang lumbal ke- V (normalnya $\pm 18-20$ cm).

(d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat – tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

(e) Distansia tuberum, ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau jarak antara tuber ischiadicum kanan dan kiri (normalnya 10,5-11 cm).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu.

Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose),

linea innominata teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, os. sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $\geq 90^\circ$ (Hani dkk, 2014:138).

4) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah

(1) Hemoglobin

Nilai batas normal untuk anemia pada perempuan hamil di trimester pertama dan ketiga yaitu tidak kurang 11,0 gr/dl, sedangkan di trimester ke dua tidak kurang 10,5g/dl (Saifuddin, 2011:775).

Tabel 2.21
Hasil Pemeriksaan Kadar Haemoglobin

Kadar Hb	Kriteria
11 gr%	Tidak anemia
9 – 10 gr%	Anemia ringan
7 – 8 gr%	Anemia sedang
≤ 7 gr%	Anemia berat

Sumber: Manuaba, 2010:248.

(2) HBsAg

HBsAg merupakan pertanda serologik infeksi virus hepatitis B pertama yang muncul di dalam serum dan mulai terdeteksi antara 1 sampai 12 minggu pasca infeksi, mendahului munculnya gejala klinik serta meningkatnya SGPT. Selanjutnya HbsAg merupakan

satu – sayunta pertanda serologik selama 3 – 5 minggu. Pada kasus yang sembuh, HbsAg akan hilang antara 3 sampai 6 bulan pasca infeksi sedangkan pada kasus kronis, HbsAg akan tetap terdeteksi sampai lebih dari 6 bulan. HbsAg positif yang persisten lebih dari 6 bulan didefinisikan sebagai pembawa (carrier). Sekitar 10% penderita yang memiliki HbsAg positif carrier, dan hasil ujian dapat tetap positif selama bertahun – tahun. Pemeriksaan HBsAg secara rutin dilakukan pada pendonor darah untuk mengidentifikasi antigen hepatitis B. Transisi hepatitis B melalui transfusi sudah hampir tidak terdapat lagi berkat screening HBsAg pada darah pendonor. Namun, meskipun insiden hepatitis B terkait transfusi sudah menurun, angka kejadian hepatitis B tetap tinggi. Hal ini terkait dengan transmisi virus hepatitis B melalui beberapa jalur, yaitu parental, perinatal, atau kontak seksual. Orang yang berisiko tinggi terhadap infeksi hepatitis B adalah orang yang bekerja di sarana kesehatan, ketergantungan obat, suka berganti – ganti pasangan seksual, sering mendapat transfusi, hemodialisa, bayi baru lahir yang tertular dari ibunya yang menderita hepatitis B (Marmi, 2011:182).

(3) HIV/AIDS

Infeksi HIV pada ibu hamil bisa menembus ke janin selama kehamilan, saat melahirkan, atau selama menyusui. Virus HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS. Ibu hamil juga perlu melakukan tes laboratorium Anti HIV. Tes ini memiliki tujuan untuk mendeteksi kemungkinan virus HIV yang bisa menular pada calon bayi. Selain itu, ibu hamil yang memiliki HIV perlu melakukan sejumlah terapi agar kehamilannya menjadi aman bagi janin. Tes ini dilakukan pada trimester I. Jika ternyata ibu positif HIV, penanganan medis akan dilakukan untuk mengurangi risiko penularan HIV kepada bayi (Sulistyawati, 2016:67).

(4) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan (Romauli, 2011:148).

b) Pemeriksaan urine

Protein urin: pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urin, menunjukkan ibu mengalami preeklamsia.

(1) Urine Albumin

Pemeriksaan urine albumin digunakan untuk mengetahui kemungkinan adanya kelaian pada air kemih, misal: gejala preeklamsia, penyakit ginjal, radang kandung kencing.

(2) Urine Reduksi

Pemeriksaan urine reduksi bertujuan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, sehingga dapat mendeteksi penyakit DM pada ibu hamil yang merupakan faktor risiko dalam kehamilan maupun persalinan.

-: tetap biru atau hijau jernih

+: kuning

++: oranye

+++ : merah bata / coklat

(Fatma, 2014:57-58).

5) Pemeriksaan penunjang lain

a) Pemeriksaan USG

Beberapa indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan trimester III antara lain penentuan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, terduga kematian janin, KPD atau persalinan aterm, penentuan presentasi janin, membantu tindakan versi luar, terduga inkompetensia serviks, terduga

plasenta previa, serduga solusi plasenta, sertadap nyeri pelvik atau nyeri abdomen, evaluasi kelainan conginital, terduga adanya tumor pelvic atau kelainan uetur (Romauli, 2011:186).

b) Kartu skor Pudji Rochyati (KSPR)

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

2. Diagnosa

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Dengan kriteria:

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan dengan kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri

Diagnosa: GPAPIAH, usia kehamilan 28 – 40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum janin dan ibu baik (Manuaba, 2012:123). Dengan kemungkinan masalah: Edema dependen, peningkatan frekuensi berkemih, hememoroid, konstipasi, sesak napas, nyeri ulu hati, varises, kram tungkai, nyeri panggul bawah, dan kecemasan menghadapi persalinan (Marmi, 2011:77).

3. Intervensi

Diagnosa: G... P... A... P... I... A... H... usia kehamilan... minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, panggul normal, dan keadaan umum baik (Manuaba, 2012:123).

Tujuan:

- a. Ibu dapat mengetahui kesehatan diri dan bayinya, kehamilan dapat berlangsung normal dan dapat lahir pervaginam.
- b. Ibu merasa puas akan pelayanan yang diberikan oleh petugas.

Kriteria:

- a. Kesejahteraan ibu
 - 1) Keadaan umum ibu baik
 - 2) Kesadaran komposmentis
 - 3) TTV ibu dalam batas normal
 - a) Tekanan darah: 110/70 – 130/90 mmHg
 - b) Nadi: 68 – 90x/menit

- c) Suhu. 36,5 – 37,5°C
- d) Pernafasan: 16 – 20x/menit
- e) Berat badan:12,5 – 17,5 kg untuk wanita dengan berta badan normal selama hamil (IMT 19,8 – 26). Kenaikan berat badan per minggu masing – masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2009:257).
- f) TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu untuk usia kehamilan 28 minggu TFU 3 jari diatas pusat, 32 minggu TFU pertengahan pusat – prosesus xiphoideus, 36 minggu TFU 3 jari di bawah prosesus xiphoideus, dan 40 minggu TFU pertengahan pusat – prosesus xiphoideus (PX).
- g) Pemeriksaan laboratorium
- (1) Hb \geq 11 gr
 - (2) Protein urine negative
 - (3) Reduksi urine negative
- (Manuaba, 2012:123).

Intervensi menurut Varney (2009:554-556)

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ ibu lebih percaya dan dekat dengan pemeriksa secara psikologi sehingga lebih bisa kooperatif.

2) Jelaskan perubahan fisiologis dan ketidaknyamanan dalam kehamilan trimester III

R/ TM III terjadi perubahan fisiologis yang berbeda dari keadaan sebelumnya, dengan mengetahui ketidaknyamanan TM III akhir ibu dapat mengerti dan mengantisipasi masalah yang ada.

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

R/ dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil TM III, maka persalinan dapat dipersiapkan sehingga persalinan dapat berlangsung dengan baik dan lancar.

4) Jelaskan pada ibu tanda bahaya dalam kehamilan trimester III yang mengidentifikasi pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan agar ibu dapat melakukan persiapan menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ dengan adanya persiapan persalinan yang sesuai untuk ibu dan bayi, akan mempermudah ibu dan keluarga bila sewaktu – waktu terjadi tanda persalinan, sehingga ibu dapat segera dibawa ke tenaga kesehatan untuk mendapat asuhan yang sesuai dan tepat waktu.

6) Jelaskan pada ibu tanda – tanda persalinan.

R/ tanda persalinan merupakan awal terjadinya persalinan, jika ibu tidak mengerti tentang tanda persalinan, dikhawatirkan ibu tidak segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai sehingga akan timbul kegawatdaruratan.

7) Jadwalkan ibu untuk kunjungan ulang sesuai jadwal 1 minggu atau bila sewaktu – waktu ada keluhan

R/ memantau keadaan ibu dan janin dalam mendeteksi dini bila terjadi komplikasi.

Kemungkinan masalah

a) Masalah 1 : nyeri punggung

Tujuan : ibu tidak merasakan nyeri pada daerah punggung

Kriteria hasil : nyeri punggung berkurang, ibu merasa nyaman.

Intervensi menurut Nurtiana (2016:5-6)

1) Mengajarkan teknik relaksasi

R/ untuk memberikan rasa tenang dan nyaman.

2) Mengajarkan perbaikan postur tubuh ibu hamil

R/ untuk menjaga otot – otot tidak tegang dan mengurangi nyeri.

3) Mengajarkan posisi tidur nyaman dengan menggunakan bantal penopang dan posisi miring secara bergantian

R/ untuk memberikan rasa nyaman dan untuk menghindari nyeri.

4) Mengajarkan ibu mandi berendam dengan air hangat

R/ berendam air hangat dapat memperlancar sirkulasi darah dan merelaksasi otot sehingga nyeri dapat berkurang.

5) Mengajarkan kompres hangat pada bagian nyeri

R/ mengurangi rasa nyeri dan memberikan rasa nyaman.

b) Masalah 2 : konstipasi

Tujuan : ibu bisa BAB dengan lancar

Kriteria hasil : ibu dapat BAB tanpa mengjan berlebih, dan mampu memilih makanan untuk mencegah konstipasi.

Intervensi menurut Sulistyowati (2016:5):

1) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan secara rutin, baik dengan mengikuti kegiatan senam hamil atau sekedar berjalan ringan setiap harinya

R/ kegiatan latihan ringan dapat memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

2) Anjurkan ibu minum air hangat dan makan makanan yang berserat

R/ air hangat dan makana yang berserat dapat menstimulasi gerakan peristaltik usus, dan makanan yang berserat tinggi dapat menjadikan feses tidak keras dan padat.

c) Masalah 3 : nokturia

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

Kriteria : ibu BAK 7 – 8x/hari terutama siang, infeksi saluran kencing tidak terjadi.

Intervensi menurut Marjiati (2010:42):

1) KIE tentang penyebab sering BAK

R/ ibu mengerti penyebab sering BAK karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

2) Anjurkan ibu untuk menghindari minuman – minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*

R/ bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

4) Anjurkan banyak minum pada siang hari dan mengurangi setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil terlebih dahulu

R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

d) Masalah 4 : kram pada kaki

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

Kriteria : kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila terjadi kram tungkai berulang.

Intervensi menurut Walyani (2015:117):

1) Jelaskan penyebab kram kaki

R/ ibu mengerti penyebab kram kaki akibat ketidakseimbangan rasio kalium.

2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

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

3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage

R/ sirkulasi darah ke jaringan lancar.

4) Minta ibu tidak berdiri lama

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

5) Anjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas berat dan istirahat cukup

R/ otot – otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

e) Masalah 5 : edema dependen

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

Kriteria : setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Marjiati (2010:43):

1) Anjurkan ibu menghindari berdiri terlalu lama.

R/ berdiri terlalu lama dapat mengganggu sirkulasi dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bawah.

2) Anjurkan ibu menghindari pemakaian sandal atau hak tinggi

R/ menekan peredaran darah sehingga darah tidak mengalir dengan lancar.

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

R/ mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang memperberat edema.

4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat

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

5) Anjurkan pada ibu olahraga senam hamil

R/ memperlancar sirkulasi peredaran darah.

f) Masalah 6 : varises

Tujuan : tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : tidak terdapat virus

Intervensi menurut Manuaba (2010:245):

1) Kenakan kaos kaki penyokong

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

2) Hindari mengenakan pakaian ketat

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk

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

4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

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

5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

g) Masalah 7 : pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stres, perubahan postur tubuh, kelelahan.

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria:

1) Pusing berkurang

2) Kesadaran composmentis

3) Tidakak jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Sunarti (2013:98-100):

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan – perubahan hemodinamis.

- 2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ pada masa kehamilan terjadi proses hipofolemik yang mengakibatkan konsistensi darah menjadi lebih encer, jika ibu bangun secara tiba – tiba dapat menyebabkan pusing.

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

R/ berdiri terlalu lama di lingkungan yang sesak dapat mengakibatkan kekurangan O₂ dan menyebabkan ibu pusing.

h) Masah 8 : panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : tidak terjadi *heart burn*

Kriteria : tidak kembung, tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Benson *et al* (2013:450):

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormon progesteron, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ ibu mengerti penyebab timbulnya panas dan nyeri di ulu hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

- 2) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

R/ untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas

R/ karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

- 4) Hindari rokok, kopi, alkohol, dan coklat

R/ karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

- 5) Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur

R/ bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

- 6) Hindari minum selain air putih

R/ karena air adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

- 7) Tidur dengan kaki ditinggikan

R/ memperlancar aliran darah utero plasenter, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

8) Berikan antasida

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

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

R/ mengendorkan otot perut dan dada.

10) Anjurkan ibu untuk duduk tegak

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

4. Implementasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan dalam Sunarti (2013:98-110), bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan KH:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (Inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien
- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Evaluasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam Sunarti (2013:98-110) tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria:

- a. Penilaian yang dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan / keluarga.

- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi tindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam Sunarti (2013:98-110) tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S: adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
 - O: adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A: adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - P: adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.7 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian data

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2012:171).

b) Umur

Data ini ditanyakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan berisiko karena usia atau tidak (Cooper, 2009:345).

c) Agama

Data ini dinyatakan untuk menentukan apakah tindakan yang dilakukan sesuai dengan ajaran agama ibu atau tidak (Manuaba, 2010:117).

d) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam menyampaikan informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Romauli, 2011:124).

e) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Marmi, 2011:155).

f) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh menuju lokasi persalinan (Romauli, 2011:163).

2) Keluhan Utama

Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan pinggang terasa sakit menjalar sampai ke depan, mengeluarkan lendir dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistyawati, 2010).

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

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

c) Ketuban pecah pada permukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus framkehaunser.

3) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya disminorea. Selain itu, kaji pula HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) ibu. HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Romauli, 2011:132).

4) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2014:769) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit sekitar 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standart minimal 10T yaitu timbang berat badan, ukur tekanan darah, niali status gizi (ukur Lingkar Lengan Atas), ukur tinggu fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minima 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium (cek hemoglobin, protein urine, glukosa urine), tata laksana kasus, dan emu wicara

(konseling). Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012:323).

5) Riwayat persalinan

- a) Jarak antara dua kelahiran.
- b) Tempat melahirkan.
- c) Cara melahirkan (spontan, vakum, forseps, atau operasi).
- d) Masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, preeklamsia, eklamsia, dan lain – lain.
- e) Kapan ibu mulai merasakan nyeri/kontraksi, berapa lama, seberapa kuat, serta lekas nyeri/kontraksi yang ibu rasakan.
(Manuaba, 2010:175).

6) Riwayat kelahiran bayi

Berat dan panjang badan waktu lahir, jenis kelamin, keainan yang menyertai, bila bayi meninggal apa penyebab kematannya
(Manuaba dkk, 2010:201).

7) Riwayat KB

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya penggunaan alat kontrasepsi dan lama penggunaan alat kontrasepsi (Rohani, 2011:34).

8) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Dikaji untuk membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir (Rukiyah, 2009:25). Berikut ini adalah kondisi medis pada kategori ini:

a) Hipertensi

Pada ibu penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan prematur atau mati dalam kandungan. Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu maupun anak. Angka kematian kira-kira 20% (Marmi, 2011:446).

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan premature, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruption plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran sesario sesaria (Fraser et, al, 2009:322).

c) Anemia

Menurut Manuaba (2010:239) anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang baik bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan, maupun nifas dan masa selanjutnya.

Berbagai penyulit dapat timbul akibat anemia, seperti abortus, partus prematurus, partus lama akibat inersia uteri, perdarahan pascasalin karena atonia uteri, syok, infeksi intrapartum maupun pascasalin, anemia yang sangat berat dengan $Hb \leq 4$ g% dapat menyebabkan dekompensasi kardis. Kadar Hb normal 11 g%.

d) Diabetes mellitus

Idealnya, pada ibu hamil yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser et, al, 2009:338).

e) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan premature (Fraser dkk, 2009).

9) Status perkawinan

a) Usia pertama kali menikah

b) Status pernikahan

c) Lama pernikahan

- d) Perkawinan sekarang adalah suami yang ke berapa
(Sulistyawati, 2010:115).

10) Pola fungsi kesehatan

a) Pola makan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan awal masa persalinan. Data fokus mengenai asupan makana pasien adalah sebagai berikut:

- (1) Kapan atau jam berapa terakhir makna
- (2) Makanan yang dimakan
- (3) Jumlah makanan yang dimakan
- (4) Seandainya saat ini ingin makan, apa yang ia ingin makan.

(Rohani, 2011:37).

b) Pola minum

Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Data yang perlu kita tanyakan berkaitan dengan intake cairan adalah sebagai berikut:

- (1) Kapan terakhir minum
- (2) Berapa banyak yang diminum
- (3) Apa yang diminum

c) Eliminasi

Selama persalinan ibu harus dianjurkan berkemih setiap 1-2 jam. Urine yang berada dalam kandung kemih adalah maa yang tidak dapat ditekan, sehingga dapat mengganggu penurunan bagian presentasi janin atau mengurangi kapasitas uterus untuk berkontraksi, meningkatkan risiko perdarahan pasca persalinan (Freser, 2009:452).

d) Istirahat dan tidur

Umumnya wanita lebih suka berbaring karena sakit ketika his (Winkjosastro, 2009:192).

e) Personal hygiene

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal mandi air hangat (Brithing pool) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan sefek samping bagi ibu atau bayinya (Freser, 2009:442).

f) Respon keluarga terhadap persalinan

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran. Adat istiadat setempat berkaitan dengan persalinan, selama tidak membahayakan pasien, sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarga (Sulistyawati, 2010:119).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan sikap tubuh, keadaan punggung dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis atau berjalan pincang) (Romauli, 2011:172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesehatan pasien dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistiyawati, 2010:122).

c) Tanda – tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Rohani, 2011). Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata – rata 10-20 mmHg dengan diastolic rata – rata 5-10 mmHg (Marmi, 2011:163).

(2) Nadi

Nadi normal menunjukkan pasien dalam keadaan baik, jika lebih dari 100x/menit, kemungkinan sang ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, perdarahan. Kenaikan nadi juga salah satu tanda bahaya ruptur uteri, nadi diukur setiap 1-2 jam pada awal persalinan (Laliyana dkk, 2011:139).

(3) Suhu

Suhu tubuh normal menurut Kusmiyati (2011:56) adalah $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi (Widatiningsih dkk, 2017:180).

Bila suhu tubuh lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$ perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173).

(4) Pernafasan

Pernafasan normal 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:181). Sedikit peningkatan pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Manuaba, 2010:207).

d) Antropometri

(1) Berat badan

Kenaikan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu 6,5 – 16,5 kg selama hamil (Fathma, 2014:101).

(2) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan ≤ 145 cm tergolong risiko tinggi (Romauli, 2011:103).

(3) LILA (Lingkar Lengan Atas)

Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu kurang / buruk, sehingga ia berisiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011:162).

2) Pemeriksaan fisik

a) Inspeksi

(1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

(2) Muka

Untuk mengetahui tampak pucat atau tidak. Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Manuaba, 2010:261). Saat menjelang persalinan, ibu akan tampak gelisah ketakutan dan menahan rasa sakit akibat his (Saifuddin, 2009:N-8).

(3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia, sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi (Romauli, 2011:174).

(4) Hidung

Adalah bernafasan cuping hidung dan adakah pengeluaran sekret (Ummi, 2011:92).

(5) Mulut dan gigi

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau karies menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174).

(6) Telinga

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

(7) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186).

Kelenjar limfe yang membesar merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2010:340).

(8) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronchi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa abnormal (Romauli, 2011:174).

(9) Axilla

Tidak ada nyeri, pembesaran kelenjar limfe (Widatiningsih dkk, 2017:181)

(10) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting payudara ibu, misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inverse pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, 2009:115). Pada saat klien berbaring lakukan palpasi secara sistemis dari arah payudara dan axilla, kemungkinan terdapat: massa atau pembesaran pembuluh limfe (Hani dkk, 2011:92).

(11) Abdomen

Saat kontraksi uterus dimulai nyeri tidak akan terjadi selama beberapa detik dan akan hilang kembali di akhir kontraksi. Ketika meraba adanya kontraksi, bidan akan mengetahui dimulainya kontraksi sebelum ibu merasakannya. Pengetahuan ini digunakan saat memberikan analgesia inhalasi atau menggunakan mekanisme koping lainnya. Uterus harus selalu terasa lebih keras setiap kontraksi. Kontraksi yang terlalu lama atau sangat singkat dan urutannya singkat akan menimbulkan masalah seperti hipoksia janin (Fraser, 2009).

(12) Genitalia

Pada genitalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kodilomata, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban, dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya, sementara itu pada kala II terdapat juga perineum menonjol dan vulva membuka (Manuaba, 2010:173).

(13) Anus

Anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila benar-benar kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjastro, 2009:45)

(14) Ekstermitas

Terutama pemeriksaan refleks lutut. Refleks lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163). Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibial, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar.

b) Palpsi

Palpsi adalah perabaan untuk memnentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpsi di atas pintu panggul untuk menent8kan seberapa jauh terjadinta engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala serta presentasi janin (Fraser, 2009:259-261).

Cara melakukan palpsi menurut leopard sebagai berikut:

(1) Leopold I

Pemeriksaan leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Romauli, 2011:175).

Langkah – langkah pemeriksaan leopold I yaitu:

(a) Kaki pasien dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha

(b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan pasien dan melihat kearah muka penderita

(c) Rahim di bawah ketengah

(d) Tinggi fudus uteri ditentukan

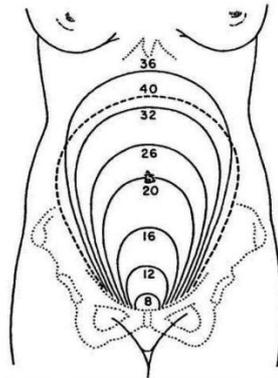
(e) Menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi leopold I pada trimester III.

(Manuaba, 2010:120)

Tabel 2.22
TFU Berdasarkan Leopold Pada Trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	1/3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan prosesu xifoideus (px) dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2 – 3 jari dibawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Manuaba, 2010:100



Gambar 2.20
 Pemeriksaan Fundus Uteri Untuk Menentukan Umur Kehamilan
 Sumber: Saifuddin. 2016. *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Hal: 176.
 Jakarta: BPSP.

(2) Leopold II

Tujuan leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (ekstermitas) (Romauli, 2011:175).

Langkah – langkah pemeriksaan leopold II yaitu:

- (a) Kedua tangan pindah ke samping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian – bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

(c) Kadang – kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang (Marmi, 2014:167-168). Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus tangan yang lain meraba punggung janin.

(Manuaba, 2010:118).

Variasi Buddin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:95).

Variasi Ahfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:95).

(3) Leopold III

Tujuan leopold III yaitu untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normlnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin) (Romauli, 2011:175). Serta apakah bagian bawah

anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Marmi, 2014:168).

Langkah – langkah pemeriksaan leopold III yaitu:

- (a) Dipergunakan satu tangan saja
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

(Manuaba, 2010:119).

(4) Leopold IV

Tujuan leopold IV yaitu untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP guna menentukan bagian bawah dalam rahim konvergen atau divergen (Fatimah, 2017:112).

Langkah – langkah pemeriksaan leopold IV yaitu:

- (a) Kaki pasien diluruskan
- (b) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki klien
- (c) Ditentukan seberapa jauh masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul

Jika kita rapatkan kedua tangan pada perukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar apakah konvergen atau divergen.

(Fatimah, 2017:112).

(5) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Melakukan pemeriksaan mengukur tinggi fundus uteri dengan teknik *Mc. Donald* bertujuan untuk menentukan umur kehamilan berdasarkan bulan dibandingkan dengan hasil anamnesis *HPHT* dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. Tinggi fundus uteri dalam sentimeter (cm), yang normal harus sama dengan umur kehamilan dalam minggu yang ditentukan berdasarkan *HPHT* (Ambarwati, 2011:83). Cara menghitung TFU untuk menentukan usia kehamilan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut:

(a) Tinggi fundus (cm) $\times 2/7$ = (durasi kehamilan dalam bulan)

(b) Tinggi fundus (cm) $\times 8/7$ = (durasi kehamilan dalam minggu)

(Manuaba, 2010:163).

Tabel 2.23
Tinggi Fundus Uteri

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah antara simpisis pubis dan umbilikus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	-	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Rukiyah, 2009:33.

(c) Tafsiran Berat Janin

Dalam penghitungan TBJ dapat menggunakan rumus Johnson-Tusak: $TBJ = (\text{Mac Donald} - n)$

$\times 155$

n: posisi kepala janin masih diatas spina ischiadika atau bawah. Bila diatas (-12) dan bila

di bawah (-11)

(Rukiyah, 2009:33).

Tabel 2.24
Tafsiran Berat Janin Berdasarkan Usia Kehamilan

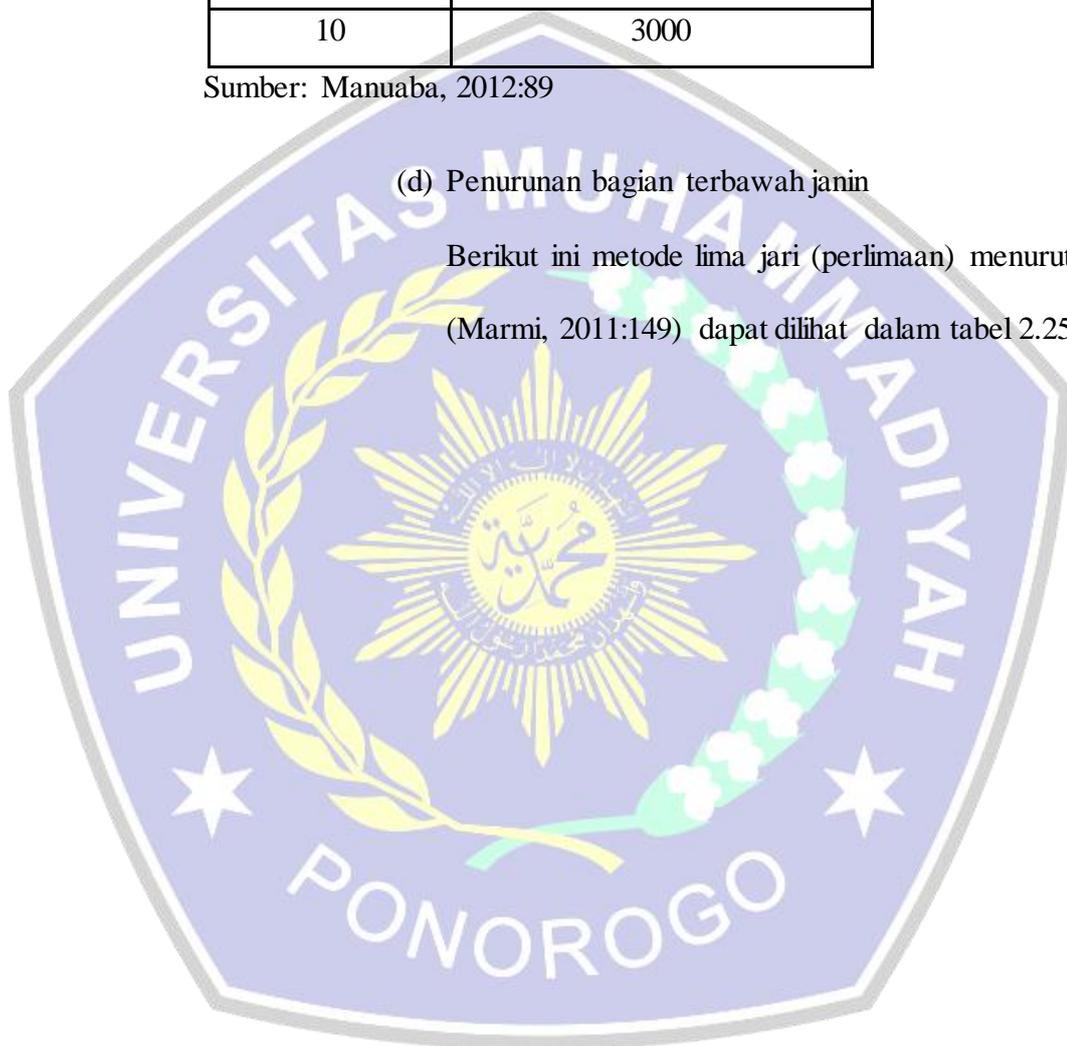
Usia Kehamilan	Berat Badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber: Manuaba, 2012:89

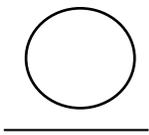
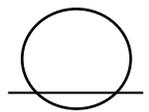
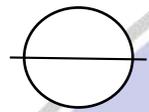
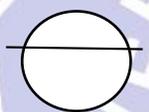
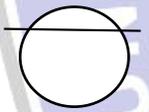
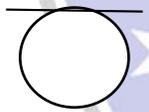
(d) Penurunan bagian terbawah janin

Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut

(Marmi, 2011:149) dapat dilihat dalam tabel 2.25



Tabel 2.25
 Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksaan luar	Periksa luar	Keterangan
 = 5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakan
 = 4/5	H I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 = 1/5	H III-IV	Kepala di dasar panggul
 = 0/5	H IV	Di perineum

Sumber: Marmi, 2011:149

c) Auskultasi

Penilaian DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus.

Mulai persalinan sebelum atau selama puncak berkontraksi.

Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan

sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan

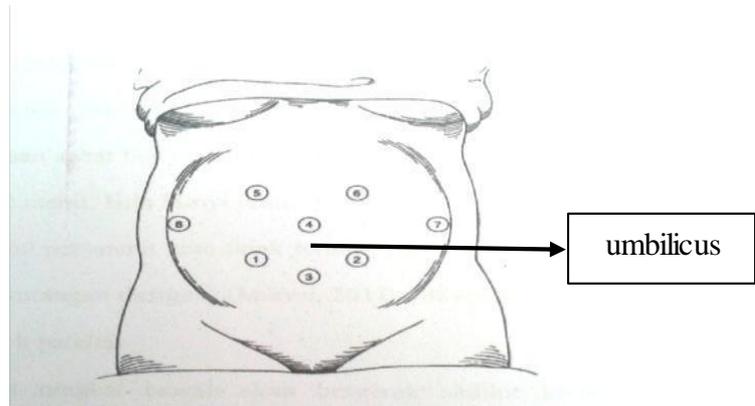
penilaian DJJ tersebut lebih dari satu kontraksi. Jumlah

denyut jantung janin normal antara 120 – 140 denyut per menit. Bila denyut jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011:189). Denyut jantung janin dihitung dengan menggunakan 5 detik pertama, interval 5 detik dilanjutkan untuk menghitung 5 detik kedua, interval 5 detik dilanjutkan menghitung 5 detik ke tiga. Jumlah perhitungan selama 3 kali 5 detik dikalikan 4, sehingga denyut jantung janin selama satu menit dapat ditetapkan (Manuaba, 2010:116).

Contoh cara menghitungnya adalah:

- (1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 per menit, DJJ normal
- (2) (10-14-18) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 per menit, janin dalam keadaan asfiksia
- (3) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 per menit, janin dalam keadaan fetal distress. Kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam satu menit tidak boleh lebih dari 2. Untuk letak

Punctum Maksimum pada kehamilan dengan posisi janin normal dapat dilihat pada gambar sebagai berikut:



Gambar 2.21
Letak Puctum Maksimum
Sumber: www.google.com
(diakses pada tanggal 11 Oktober 2019)

d) His

His kala II, his semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(1) Kala I

Kala sat persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase yaitu fase laten dan fase aktif (Winkjosastro, 2009:40).

(2) Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut kala pengeluaran bayi (Winkjosastro, 2009:40).

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Winkjosastro, 2009:99).

(4) Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir setelah dua jam (Marmi, 2011:295). Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 2011:65).

e) Pemeriksaan penunjang

(1) Urine

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa 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-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, 2009:453).

(2) Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah diperiksa untuk mengetahui golongan darah, kadar darah, kadar hemoglobin (HB) dan kadar pembekuan darah.

(3) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostic dengan menggunakan gelombang ultrasonic untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari gelombang ultrasonic yang dipantulkan oleh organ.

(Prawirohardjo,2009:40)

2. Diagnosa Kebidanan

- a. Diagnosa: G... P... A... P... I... A... H... Uk... minggu, tunggal, hidup, inrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H I, II, III, IV, kepala sudah masuk PAP keadaan janin lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu:

3. Intervensi

a. Diagnosa: G... P... A... P... I... A... H... Uk... minggu, tunggal, hidup, inrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H I, II, III, IV, kepala sudah masuk PAP keadaan janin lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

b. Tujuan:

Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

c. Kriteria:

KU baik, kesadaran composmentis

TTV dalam batas normal

TD: 100/60 – 130/90 mmHg

S: 36-37°C

N: 80-100x/menit

R: 16-24x/menit

His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

Kala I pada primigravida < 13 jam, pada multigravida < 7 jam

Kala II pada primigravida < 2 jam, pada multigravida < 1 jam

Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif

Kala III pada primigravida < 30 menit, sedangkan multigravida < 15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap.

Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan < 500cc.

d. Intervensi

Berdasarkan tahap – tahap persalinan, intervensi dalam persalinan dapat dibagi menjadi 4 yaitu kala I, kala II, kala III, dan kala IV, lebih jelasnya sebagai berikut:

a) Kala I

- 1) Beritahu hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga bahwa ibu sudah dalam proses persalinan dengan keadaan janin baik.

R/ bila ibu dan keluarga mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

- 2) Berikan dukungan moral pada ibu.

R/ dapat membantu ibu merasa lebih tenang.

- 3) Jelaskan pada ibu tentang proses persalinan.

R/ memudahkan jalannya kala II.

- 4) Anjurkan ibu untuk memilih yang akan mendampingi saat persalinan.

R/ meningkatkan tingkat kenyamanan ibu dalam proses persalinan berlangsung.

- 5) Tawarkan pada ibu posisi yang nyaman untuk ibu dan memberitahu teknik cara pernapasan yang baik bila ada his.

R/ teknik pernapasan dapat membantu ibu merasa lebih tenang dan tidak mudah lelah jika proses pengeluaran janin berlangsung.

6) Tawarkan ibu untuk makan atau minum bila tidak ada his.

R/ ibu yang kekurangan cairan dan nutrisi bisa berdampak pada kekuatan dan frekuensi his selama persalinan.

7) Sarankan ibu untuk tidak menahan kencing.

R/ kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan his terganggu.

8) Lakukan observasi kemajuan persalinan setiap 4 jam sekali meliputi: pembukaan serviks, penurunan kepala, tanda-tanda vital (TTV), kontraksi dan DJJ (setiap 30 menit).

R/ mengetahui kemajuan persalinan ibu dan untuk mengetahui keadaan ibu serta janin.

9) Jaga kebersihan ibu terutama alat genitalia dan batasi periksa dalam terlalu sering.

R/ mencegah terjadinya infeksi.

10) Dokumentasikan hasil asuhan yang diberikan.

R/ digunakan sebagai rekam medis yang bisa digunakan jika sewaktu-waktu terjadi kegawatdaruratan.

(Nurasiah, 2012:242-243).

b) Kala II

1) Mengenali gejala dan tanda kala dua

R/ pengenalan tanda secara menyeluruh dapat memutuskan tindakan yang segera dilakukan.

(1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala dua.

(a) Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan

(b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina

(c) Perineum tampak menonjol

(d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ persiapan yang dilakukan dengan matang seperti persiapan alat, obat dan persiapan peralatan lainnya dapat meminimalisir terjadinya human error dalam pemberian asuhan persalinan normal.

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

(3) Pakai celemek plastik.

(4) Pastikan lengan tidak memakai perhiasan, cucui tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

(6) Ambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali ke dalam wadah partus set.

3) Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik

R/ pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

(7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekakannya dengan hati – hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi dengan air DTT.

(a) Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, bersihkan dengan seksama dengan cara menyeka dari arah depan ke belakang.

(b) Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.

(c) Mengganti sarung tangan yang terkontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%.

(8) Dengan menggunakan teknik aseptik, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaa sudah lengkap lakukan aniotomi.

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit mencuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

(10) Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastika bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit).

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

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

4) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

R/ persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

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

(a) Tunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Lanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan dokumentasikan temuan – temuan.

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

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

(13) Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

(a) Bimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran

(b) Dukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran

(c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)

(d) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

(e) Anjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu

(f) Berikan cukup asupan cairan per oral

(g) Nilai DJJ setiap 5 menit (kontraksi uterus selesai)

(h) Segera rujuk jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2jam) meneran untk ibu primipara atau 60 menit (1jam) untuk ibu multipara.

(i) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam waktu 60 menit.

5) Persiapan pertolongan kelahiran bayi

R/ mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang di pakai untuk menolong proses persalinan.

- (14) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
- (15) Letakkan handuk/kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- (16) Buka tutup prtus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- (17) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

6) Menolong kelahiran bayi

R/ menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

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

19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa bersih.

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

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

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

21) Menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

Lahir bahu

22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing – masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar bingga bahu anterior muncuk di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Lahir badan dan tungkai

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

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

7) Penanganan bayi baru lahir

R/ penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

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

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

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

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

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

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

28) Pegang tali pusat dengan satu tangan, lindungi bayi dari gunting dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.

29) Ganti handuk yang basah dan selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering. Tutupi bagian kepala, biarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

30) Berikan bayi kepada ibunya dan anjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

c) Kala III

8) Manajemen aktif kala III

R/ pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta

31) Letakkan kain yang bersih dan kering. Lakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

32) Beritahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

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

Penanganan tali pusat terkendali

34) Pindahkan klem pada tali pusat.

35) Letakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. pegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36) Tunggu uterus berkontraksi dan kemudian lakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati – hati untuk mencegah terjadinya invertio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan

penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

37) Setelah plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjauhan sekitar 5 – 10 cm dari vulva.

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

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

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang plasenta dengan dua tangan dan berhati – hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil.

Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan steril atau desinfeksi tingkat tinggi dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari – jari tangan atau klem atau forsep desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

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

d) Kala IV

9) Menilai perdarahan

R/ selaput ketuban yang tertinggal dapat menyebabkan perdarahan

40) Periksa kedua sisi plasenta baik yang menempal ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

41) Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum, lalu segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

10) Melakukan prosedur pasca persalinan

- 42) Nilai ulang uterus dan Pastikanya berkontraksi dengan baik. Evaluasi perdarahan persalinan.
- 43) Celupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih menggunakan sarung tangan dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Tempatkan klem tali pusat DTT atau steril atau mengikat tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Ikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Lepaskan klem dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 47) Selimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
- 48) Anjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

Evaluasi

- 49) Lanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
 - (a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan
 - (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

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

51) Evaluasi kehilangan darah.

52) Periksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandug kemih setiap 15 menit selama satu jam pasca persalinan dan setiap 30 menit sekama jam kedua pasca persalinan. Memeriksa temperatur tubuh ibu ssekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.

Kebersihan dan keamanan

53) Tempatkan semua peralatan di dalam larutan klorn 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.

54) Buang bahan – bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55) Bersihka ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan drah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

56) Pastikan bahwa ibu nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum dan makan yang diinginkan.

57) Dekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan bilas dengan air bersih.

58) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

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

(Jnpk-Kr, 2012).

e. Intervensi masalah

a) Masalah dalam kala I

1) Cemas dalam menghadapi persalinan

Tujuan : menurunkan tingkat kecemasan pada ibu

Kriteria: ibu tampak tenang

Intervensi

(a) Hadirkan orang yang terdekat dengan ibu

R/Hasil persalinan yang baik ternyata sangat erat hubungannya dengan adanya dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan

(b) Berikan sentuhan fisik kepada ibu misalnya seperti pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan yang diberikan kepada wanita atau misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan tanpa

adanya tujuan lain yang bisa mengekspresikan kepedulian, memberi kenyamanan, pengertian serta dapat menentramkan, membuat ibu menjadi tenang, menghilangkan kesepian, dan lain sebagainya.

(c) Berikan usapan pada punggungdan perut ibu

R/Usaplah pada punggung ibu dengan memberikan tekanan eksternal pada tulang belakang atau lumbal jadi dapat mengurangi nyeri. Usapan pada perut bisa meningkatkan kenyamanan terhadap ibu dan merupakan ekspresi kepedulian kepada kemampuan.

(d) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang akan dilakukan

R/Rencana asuhan harus dijelaskan kepada ibu dan keluarganya supaya mereka mengerti manfaat yang diharapkan

(Winkjosastro, 2015)

2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan: ibu merasa nyaman dengan proses persalinan yang dihadapinya.

Kriteria: ibu merasa tenang, nyeri punggung berkurang.

Intervensi

(a) Ajarkan ibu cara relaksasi saat ada his berlangsung.

R/ peralihan rasa nyeri ibu dengan cara memperhatikan teknik pernapasan yang benar saat terjadi his dengan menghirup udara melewati hidung dan dikeluarkan perlahan lewat mulut.

(b) Anjurkan ibu untuk melakukan beberapa gerakan dan perubahan posisi.

R/ mobilisasi ibu dapat mempengaruhi frekuensi his dalam persalinan, terutama posisi miring kiri. Hal ini dapat mempercepat penurunan kepala janin.

(c) Berikan *massage* pada ibu

R/ *massage* atau pijatan pada abdomen adalah bentuk stimulasi kulit yang digunakan selama proses persalinan dalam menurunkan nyeri secara efektif.

(d) Lakukan terapi kompres panas atau dingin.

R/ kompres panas dapat meningkatkan suhu lokal pada kulit sehingga meningkatkan sirkulasi pada jaringan untuk proses metabolisme tubuh. Sedangkan kompres dingin sangat berguna untuk mengurangi ketergantungan otot dan nyeri dengan cara menekan (lebih lama dari pada kompres panas).

(e) Lakukan *akupresure* pada ibu.

R/ *akupresure* lebih tepat pada persalinan dari pada akupunktur karena mudah dilakukan sendiri dan bermanfaat bagi nyeri pinggang.

(Arifin, 2009).

b) Masalah dalam kala II

1) Cara meneran yang salah

Tujuan: ibu dapat meneran yang terfokus pada abdomen dan anus

Kriteria: ibu dapat meneran dengan benar dan efektif sesuai bimbingan bidan atau tenaga kesehatan lainnya.

Intervensi

(a) Anjurkan ibu untuk memilih pendamping persalinan.

R/ membuat ibu merasakan kenyamanan dan merasa diperhatikan oleh anggota keluarganya.

(b) Tawarkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dan beritahu teknik napas yang baik saat ada his.

R/ posisi ibu saat persalinan akan mempengaruhi cepat atau lambatnya penurunan kepala janin.

(c) Ajarkan ibu cara mengejan yang baik dan benar

R/ kedua lengan diletakkan pada lipatan paha dan kepala ibu diangkat sambil melihat perut, menarik nafas lewat hidung sambil ditahan kemudian dikeluarkan lewat mulut.

(d) Beritahu ibu agar tidak menutup matanya saat akan mengejan atau saat terdapat kontraksi.

R/ selain untuk melihat dan mengontrol apa yang harus dilakukan juga agar pembuluh darah di sekitar mata tidak pecah. Usahakan selalu melihat ke perut. Sambil istirahat, lakukan pernapasan pendek dangkal lewat mulut.

(e) Beritahu ibu untuk tidak mengangkat bokong saat ingin mengejan.

R/ mengangkat bokong dapat menyebabkan terjadinya robekan pada vagina dan perineum (Nurasiah, 2012:240-241).

2) Kekurangan asupan cairan

Tujuan: ibu terhindar dari gejala dan tanda dehidrasi.

Kriteria:

(a) Nadi 76-100x/menit

(b) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam.

Intervensi

(a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

(b) Jika dalam waktu 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/ pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh sehingga ibu tidak mengalami dehidrasi, dan penggunaan jarum dengan diameter 16/18G dapat mempermudah tindakan apabila ibu memerlukan transfusi darah.

(c) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

R/ rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

(Yeyeh, 2009).

3) Infeksi

Tujuan: tidak terjadi infeksi selama proses persalinan

Kriteria: TTV normal, KU baik dan cairan ketuban jernih serta tidak berbau.

Intervensi

(a) Lakukan perawatan parietal setiap 4 jam.

R/ membantu meningkatkan kebersihan, mencegah terjadinya infeksi uterus asenden dan kemungkinan sepsis.

(b) Catat tanggal dan waktu pecah ketuban.

R/ dapat terjadi infeksi bila ketuban pecah dalam 4 jam terakhir dan bayi belum lahir.

(c) Lakukan pemeriksaan vagina hanya bila sangat perlu, dengan menggunakan teknik aseptik.

R/ pemeriksaan vagina berulang meningkatkan risiko infeksi.

(d) Pantau suhu, nadi dan sel darah putih.

R/ peningkatan suhu atau nadi lebih dari 100x/menit dapat menandakan infeksi.

(e) Gunakan teknik asepsis bedah pada persiapan peralatan.

R/ menurunkan risiko kontaminasi dengan cara memakai masker dan penutup kepala, mencuci tangan 7 langkah, pemakaian sarung tangan dan clemek, persiapan ibu, memelihara sterilisasi lokal persalinan, menggunakan teknik persalinan yang aman, dan sterilisasi dari ruang persalinan dan alat – alat persalinan.

(f) Berikan antibiotik sesuai dengan indikasi.

R/ digunakan dengan kewaspadaan karena pemakaian antibiotik dapat merangsang pertumbuhan yang berlebih dari organisme resisten.

(g) Luruskan tungkai ibu inpartu.

R/ meluruskan tungkai dapat memperlancar peredaran darah ke ekstermitas bawah.

(h) Atur posisi dorsofleksi.

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kakai dapat mempercepat peredaan nyeri.

(i) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai.

R/ tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

(Lesmana, 2014).

c) Masalah kala III

1) Ibu kelelahan

Tujuan: ibu tidak merasakan kelelahan lagi

Kriteria: TTV dalam batas normal dan ibu menyatakan bahwa masih memiliki cukup tenaga.

Intervensi

(a) Menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum kepada ibu.

R/ makanan dan asupan cairan yang cukup akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi atau kontraksi tidak teratur (Purwandari, dkk, 2014).

(b) Kaji TTV terutama nadi dan tekanan darah.

R/ nadi dan tekanan darah dapat menjadi indikator terhadap status hidrasi dan energi ibu.

(c) Anjurkan ibu untuk relaksasi dan istirahat.

R/ mengurangi bertambahnya kelelahan.

(d) Sarankan suami atau keluarga untuk mendampingi ibu.

R/ dukungan emosional khususnya dari orang – orang yang berarti bagi ibu dapat memberikan kekuatan dan motivasi bagi ibu.

(Lesmana, 2014).

2) Plasenta belum lahir (Retensio Plasenta)

Tujuan: plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap.

Kriteria: tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi

(a) Jika plasenta terlihat dalam vagina, mintalah ibu untun meneran.

R/ jika dapat merasakan plasenta dalam vagina keluarkan plasenta tersebut.

(b) Pastikan kandung kemih kosong.

R/ kandung kemih yang penuh dapat memperlambat kontraksi uterus. Bila perlu lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh.

(c) Jika plasenta belum keluar, berikan oksitosin 10 unit IM. Jika belum dilakukan pada manajemen aktif kala III.

R/ pemberian oksitosin dapat membantu uterus berkontraksi dengan baik.

(d) Jangan berikan ergometrin.

R/ pemberian ergometrin dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tonik, dapat memperlambat pengeluaran plasenta.

(e) Jika plasenta belum dilahirkan selama 30 menit pemberian oksitosin dan uterus terasa berkontraksi, lakukan penegangan tali pusat terkendali.

R/ tali pusat akan memanjang jika plasenta sudah terlepas.

(f) Jika penegangan belum berhasil, cobalah untuk melakukan pengeluaran plasenta secara manual.

R/ plasenta manual dilakukan jika ibu mengalami perdarahan setelah 30 menit plasenta tidak lahir.

(g) Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji pembekuan darah sederhana.

R/ menghentikan perdarahan

(h) Jika terdapat tanda – tanda infeksi (demam, secret vagina yang berbau) berikan antibiotik.

R/ menghindari terjadinya infeksi pada ibu.

(i) Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta.

R/ eksplorasi manual uterus menggunakan teknik yang serupa dengan teknik yang digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tidak keluar.

(Rukiyah, 2014).

Selain itu, menurut Saifuddin sebelum dilakukannya plasenta manual, perlu dilakukan terlebih dahulu:

(j) Pasang infus drip oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS atau RL dengan 40 tpm.

R/ pemberian infus NS atau RL dapat menggantikan cairan tubuh yang hilang akibat perdarahan.

(Saiffudin, 2009 dalam Permani, 2013).

(k) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.
R/ dengan merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih kompeten dapat meminimalisir terjadinya angka kematian ibu.

(Kamariyah, 2014).

3) Avulsi tali pusat

Tujuan: avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap.

Kriteria: tali pusat utuh.

Intervensi

(a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada saat kontraksi.

R/ setiap kontraksi yang dibantu dengan ibu meneran akan membantu pengeluaran plasenta secara utuh.

(b) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati – hati.

R/ pemeriksaan dalam dilakukan untuk mengetahui apakah masih ada sisa plasenta yang tertinggal, karena sisa plasenta yang tertinggal dapat menyebabkan perdarahan post partum.

(c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

R/ pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak ada lagi bagian plasenta dan selaput ketuban yang tertinggal dalam rahim untuk mencegah terjadinya perdarahan.

(d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit tangani sebagai retensio plasenta.

R/ penanganan yang cepat dan tepat dapat mencegah terjadinya kematian pada ibu.

(Winkjosastro, 2015).

d) Masalah dalam kala IV

1) Robekan jalan lahir.

Tujuan: robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria:

(a) Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baik.

(b) Perdarahan kurang dari 500cc.

Intervensi

(a) Lakukan pemeriksaan secara hati – hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

(b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

(c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS.

R/ menggantikan cairan yang sudah hilang dari ibu.

(2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

R/ meminimalisir darah yang keluar pervaginam dan mencegah ibu kehilangan banyak darah.

(3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.

R/ ibu dapat pelayanan yang lebih tepat dan cepat dalam menangani masalah saat ini.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

R/ sebagai informan pada tenaga kesehatan menangani ibu saat itu.

(Kamariyah, 2014).

2) Terjadinya antonia uteri

Tujuan: antonia uteri dapat teratasi.

Kriteria:

- (a) Kontraksi uterus baik.
- (b) Perdarahan kurang dari 500cc.

Intervensi

(a) Segera lakukan kompresi bimanual interna (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

(b) Jika setelah dilakukan kompresi, uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.

R/ jarum berdiameter besar memungkinkan pemberian cairan IV secara cepat dan dapat dipakai untuk tranfusi darah (jika perlu). Oksitosin secara IV cepat merangsang kontraksi uterus. RL diberikan untuk restorasi volume cairan yang hilang selama perdarahan.

(c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

R/ KBI dengan ergometrin dan oksitosin akan membantu uterus berkontraksi.

(d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah.

R/ mencegah ibu kehilangan darah lebih dari 500 cc selama persalinan.

(e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu mencapai tempat rujukan.

(Winkjosastro, 2015).

Selain intervensi di atas, Nurasih menambahkan beberapa intervensi sebagai berikut:

(f) Lakukan kompresi bimanual eksterna (KBE) jika dengan KBI perdarahan masih terjadi.

R/ merangsang terjadinya kontraksi uterus dan menghentikan perdarahan.

(g) Lakukan kompresi aorta abdominalis (KAA) jika KBE dan KBI tidak berhasil menghentikan perdarahan ibu.

R/ meminimalisir terjadinya kematian ibu.

(h) Siapkan rujukan.

R/ perdarahan yang tidak berhenti setelah dilakukan kompresi dapat menyebabkan kematian pada ibu.

(i) Lakukan pemberian infus drip oksitosin minimal 500 cc hingga sampai ke tempat rujukan dan selama perjalanan dapat dilakukan KBI.

R/ mengganti cairan tubuh ibu yang hilang akibat perdarahan.

(Nurasiah, 2012).

4. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (Inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien

- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan. Menurut keputusan menteri kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Dengan kriteria:

- a. Penilaian yang dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan / keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi tindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil sampai dengan persalinan menggunakan SOAP yaitu:

S: subjektif

Menggunakan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

O: objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan.

A: assesment atau analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam satu identifikasi:

- a. Diagnosa atau masalah
- b. Antisipasi diagnosa atau masalah potensial
- c. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter
- d. Konsultasi dan kolaborasi

P: plan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan (P) dan evaluasi (E) berdasarkan analisa.

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Masa Nifas

1. Pengkajian data

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

a. Data subyektif

1) Identitas

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari – hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

b) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya risiko seperti usia kurang dari 20 tahun, alat – alat reproduksi belum matangm mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali terjadi perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010:131).

c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien untuk berdoa (Ambarwati, 2010:132).

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2010:132).

e) Suku bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari – hari (Ambarwati, 2010:132).

f) Pekerjaan

Gunaya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010:132).

g) Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal (Marmi, 2011:124).

2) Keluhan utama

a) After pain

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus.

Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan oleh terjadinya penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar – sebentar) berbeda pada

wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan intersisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran disebabkan kombinasi, akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi ketika pasokan air susu meningkat pada sekitar hari ketiga pasca partum baik pada ibu menyusui atau tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomy dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

f) Hemorroid

Jika wanita mengalami hemorroid mereka mungkin sangat merasa nyeri dalam beberapa hari. Jika terjadi selama kehamilan, hemorroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

3) Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik yang diungkapkan dengan kata – katanya sendiri (Hani, 2010:49-51).

4) Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit atau bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4-6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:133).

b) Riwayat obstetri

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu. Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi (BB, PB), penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Manuaba, 2013:201).

c) 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 dengan warna merah. Lochea serosa hari keempat sampai hari kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai hari kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea statis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus, serta ibu yang menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI samapi terjadi abses payudara harus dilakukan obeservasi yang tepat (Manuaba, 2012:134).

d) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, Metode Amenorhe Laktasi (MAL) dapat dipakai sebelum haid oertama kembali untk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2014:129). Menurut Manuaba (2012:204), pemeriksaan post partum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangka atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki.

5) Riwayat kesehatan

a) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:118).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memeberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

c) Anemia

Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahka infeksi perineum, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekom pensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2012:114).

d) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O_2 dan CO_2 (Manuaba, 2012:125).

e) Penyakit jantung

Pengaruh penyakit jantung dala masa pasca salin/nifas menurut Manuaba (2012:128):

(1) Setelah bayi lahir penderita tiba – tiba jatuh kolaps, yang disebabkan daa tiba – tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(2) Saat laktasi kekutan jantung diperlukan untuk membentuk ASI mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tamahan jantung.

(3) Mudah terjadi post partum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

(4) Ibu yang pernah menhgalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pasca partum.

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 3liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minup setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2014:128).

Tabel 2.26

Contoh Menu Makan Ibu Nifas Dalam Sehari

Bahan Makan	Ibu menyusui bayi / anak		
	Bayi umur 0-6 bulan	Bayi umur 7-12 bulan	Bayi umur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	2 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber: Saifuddin, 2014:128

b) Eliminasi

Buang air kecil sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena spingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan, atau dikarenakan oedema kandung kemih selama persalinan. Ibu diharapkan dapat BAK sekitar 3-4 hari postpartum. Apabila mengalami kesulitan BAB atau obstipasi berikan rangsangan per oral atau per rectal atau lakukan klisma bilamana perlu (Marmi, 2014:39).

c) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mrngganti pembalut atau kai pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014: 127). Pakaian agak longgar terutama didaera dada sehingga payudara tidak tertekan.

Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak aka mempengaruhi involusi. Pakaian dala sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritas pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012:202).

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan sehingga menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014:127).

e) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot – otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa ada rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2014:128).

g) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh termasuk pembuluh – pembuluh darah pada uterus sehingga sub involusi, sedangkan alkohol dan narkotika dalam kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologi bayi dan mengganggu prose bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2012).

h) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu meunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut dengan post partum blues. Penyebab postpartum blues yang paing menonjol adalah kekecewaan emosionl yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami oleh wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

i) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahan membahayakan atara lain:

- (1) Menghindari makanan berprotein.
- (2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- (3) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- (4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawat yang tidak efektif untuk antonia uteri.
- (5) Memisahkan bayi dan ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- (6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidak tidur terlentang selama 40 hari.

b. Data objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009:121) mengamati keadaan umum pasien harus secara menyeluruh.

Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria:

(1) Baik

Pasien dimasukkan dalam kriteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respn yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan coma (pasien tidak dalam keadaa sadar) (Sulistyawati, 2010:122).

c) Tanda – tand vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah normal yaitu $< 140/90$ mmHg. Tekanan darah tersebut bisa meningkat dari pra persalinan pada 1-3 hari post partum. Setelah persalinan, sebagian besar wanita mengalami peningkatan tekanan darah sementara waktu. Keadaan ini akan kembali normal selama beberapa hari. Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan postpartum. Sebaliknya bila tekanan darah tinggi, merupakan petunjuk kemungkinan adanya pre-eklamsi yang bisa timbul pada sama nifas (Walyani dkk, 2015:87)

(2) Nadi

Nadi normal pada ibu nifas adalah 60-80 x/menit. Denyut nadi di atas 100 x/menit pada masa nifas mengindikasikan adanya suatu infeksi. Denyut nadi dan curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada minggu ke-8 sampai ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil (Rukiyah dkk, 2010:69).

(3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2 – 10 postpartum dan diukur per oral sedikitnya kali sehari disebut sebagai mordibitas puerperalis. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab – sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:259).

(4) Pernapasan

Untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan. Normalnya 16-24 x/menit (Romauli, 2011:173). Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat,

kemungkinan ada tanda-tanda syok (Marmi, 2017:104-105).

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 (Romauli, 2011:174).

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih (Marmi, 2010:219).

d) Hidung

Kebersihan, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak (Marmi, 2010:219).

e) Mulut

Mukosa bibir (lembab, kering, atau pecah – pecah), gangguan mulut (bau mulut, kebersihan lidah, kebersihan gigi, ada karies atau tidak) (Sulistiyawati, 2009:122).

f) Telinga

Kebersihan, gangguan pendengaran (Sulistyawati, 2009:123).

g) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar life, dan tidak ditemukan kandungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

h) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014:124).

i) Axilla

Tidak ada nyeri, pembesaran kelenjar limfe (Widatiningsih dkk, 2017:181).

j) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014:124).

k) Genitalia

Pengkajian periuneum terhadap memar, oedema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, pemeriksaan tipe kuantitas, dan bau lokhea (Nugroho, 2014:152). Menurut

Dewi (2014:34) lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

(1) Lochea normal: merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah, atau butiran – butiran darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3 – 5 jam).

(2) Abnormal: merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0 – 2 jam).

(3) Keadaan perineum: oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, heating.

(Ambarwati, 2010:140-141).

1) Anus

Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus.

Hemoroid adalah pelebaran vena-vena di anus, hemoroid dapat bertumbuh besar dalam kehamilan karena ada

bendungan darah di dalam rongga panggul (Romauli, 2011:111).

m) Ekstermitas

Phlegmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012:57).

3) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Hemoglobin (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 g%, anemia berat jika Hb ≤ 7 g% (Manuaba, 2010:339).

4) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas yaitu:

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi sedikitnya selama 40 hari pasca bersalin.
- b) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Marmi, 2011:170-173).

2. Diagnosa kebidanan

Diagnosa P.... A... H.... hari... post partm noemal dengan keadaan umm baik / tidak naik (Marmi, 2012:183). PAPIAH, postpartum hari ke... laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney, 2010:974).

3. Intervensi

Diagnosa PAPIAH, postpartum hari ke... laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka perineum, after pain, pembengkakan payudara (Varney, 2010:974).

Tujuan:

Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria:

- a. Keadaan umum: kesadaran composmentis (Manuaba, 2012:114).
- b. Kontraksi uters baik (bundar dan keras).
- c. Tanda – tanda vital: TD: 110/70 – 130/90 mmHg, N: 60 – 80 x/menit, S: 36- - 37,5°C, R: 16 – 24 x/menit.

(Sulistyawati, 2009:123).

- d. Laktasi normal

Menurut Marmi (2015:32) ASI dibedakan menjadi 3 stadium:

1) Kolostrum

Merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ke tiga atau keempat pasca salin. Kolostrum berwarna kekuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih dan antibodi yang tinggi.

2) ASI transisi atau peralihan

Diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar immunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

3) ASI matur

ASI yang disekresi pada hari kesepuluh samapi seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal jika dipanaskan.

e. Involusi uterus normal

Tabel 2.27
Uterus Normal Pada Ibu Nifas

Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat – simpisi
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari Involusi	Normal

Sumber: Manuaba, 2010:116

f. Lochea normal

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 berwarna merah, dan hita. Lochea sanguinolenta keluar pada hari ke 3-7 berwarna putihbercampur merah. Lochea serosa keluar pada hari ke 7 -14 hari, berwarna kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2012:201).

g. KU bayi baik

R: 30-60 x/menit

S: 36,5-37,5°C

N: 60-100 x/menit

Intervensi

1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, involusi, dan lochea

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009:123).

2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi zat dari makan/minum yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:377).

3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012:35).

4) Beri konseling ibu tentang KB pasca salin

R/ dengan diberikan konseling KB diharapkan ibu dapat segera berKB sehingga dapat membantu kesejahteraan ibu dan anak serta menurunkan angka kematian ibu (Mochtar, 2012:89).

5) Anjurkan ibu untuk mengimunisasi bayinya

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395).

Kemungkinan masalah

a) Masalah 1 : gangguan BAB dan BAK

Tujuan : masalah BAB dan BAK teratasi

Kriteria : ibu dapat BAB dan BAK dengan normal

Intervensi menurut Purwati (2012:88), antara lain:

1) Berikan penjelasan pada pasien tentang pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan diri untuk BAB maupun BAK jika terasa, sehingga tidak terjadi konstipasi maupun retensi urine.

2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ dukungan psikologi dapat menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air.

3) Anjurkan pasien untuk minum air hangat serta makan sayur dan buah.

R/ dengan minum air hangat dan makan berserat dapat merangsang gerak peristaltik usus sehingga dapat meperlancar

BAB.

b) Masalah 2 : nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Purwati (2012:89), antara lain:

1) Observasi luka jahitan perineum

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.

R/ mandi dengan menggunakan air hangat dapat merelaksasikan otot – otot perineum sehingga dapat mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

3) Anjurkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi risiko kemungkinan terjadinya infeksi.

4) Beri analgesik oral (paracetamol 500mg) tiap 4 jam atau bila perlu.

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkembang.

c) Masalah 3 : pembengkakan payudara

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Manuaba (2010:420), antara lain:

1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

2) Anjurkan ibu menyusui di kedua payudaranya.

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 dan bengkak berkurang.

4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

5) Letakkan kantong es pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kantong es dapat memuat otot – otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

d) Masalah 4 : after pain atau keram perut

Tujuan : masalah kram perut teratasi

Kriteria : rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Suhenri (2009:123-124), 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 tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

3) Jika perlu berikan analgesic (paracetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan pada ibu dapat berkurang.

e) Masalah 5 : puting susu lecet

Tujuan : retakan puting susu akan sembuh dalam 48 jam.

Kriteria : rasa sakit/perih pada puting susu ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Marmi (2010:171), antara lain:

1) Observasi pada puting yang lecet.

R/ untuk mengkaji luka/lecet dan mengetahui adanya infeksi.

2) Anjurkan ibu untuk membersihkan puting susu dan tidak boleh terkena sabun, krim, odol, alcohol, ataupun zat lainnya.

R/ puting susu yang terkena bahan – bahan kimia dapat menyebabkan rasa perih dan rasa yang tidak nyaman.

3) Anjurkan ibu tentang cara menyusui dan cara merawat puting susu yang benar.

R/ menyusui dan merawat puting susu secara benar dapat mencegah teradinya lecet pada puting.

f) Masalah 6 : bendungan ASI

Tujuan : bendungan ASI teratasi

Kriteria : berkurangnya rasa panas payudara dan nyeri saat menyusui.

Intervensi menurut Manuaba (2010:420), antara lain:

1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

3) Anjurkan mengompres hangat payudara sebelum disusukan.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

4) Anjurkan ibu cara menyusui bayinya dengan benar

R/ cara menyusui yang benar dapat mengurangi terjadinya bendungan ASI karena ASI yang diproduksi dihisap secara sempurna oleh bayi.

5) Anjurkan ibu menggunakan bra yang menopang payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat mempengaruhi bendungan dan nyeri yang dialami.

4. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosialspiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (Inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien
- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria:

- a. Penilaian yang dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan / keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi tindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (ekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S: data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O: data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: hasil analisa, mencatat 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/following up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada ibu bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidana pada bayi baru lahir dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.



2.9 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian data

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

a. Data subjektif

1) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang, identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010:205). Terjadi seborrhoea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012:207).

3) Riwayat antenatal

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan berakhir (Romauli, 2011:165).

Pemeriksaan antenatal dilakukan setiap 4 minggu sampai kehamilan 28 minggu. Selanjutnya pemeriksaan dilakukan setiap 2 minggu sampai usia 36 minggu dan sesudah 36 minggu

setiap minggu. Kehamilan cukup bulan ialah usia 37-40 minggu (Saifuddin, 2012:100).

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 predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernafasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan mekanisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2012:368).

5) Riwayat postnatal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis. Tanda vital, mendikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012:368).

6) Pola kebiasaan sehari – hari

a) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:379).

Tabel 2.28
Kebutuhan Dasar Cairan Pada Neonatus

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

Sumber: Saifuddin, 2009:380.

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada

kandung kemih saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

(2) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut dengan mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel.

(Marmi, 2012:77).

c) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui.

Tabel 2.29
Perubahan Pola Tidur Bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber: Dewi, 2011:29.

d) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak – banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada temoeramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012:368).

e) Personal hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2012:368).

7) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi (Marmi, 2011:207)

b. Data objektif

1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah – merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ (Wiknjosastro, 2009:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2010:137).

2) Tanda – tanda vital

a) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat, sekitar 120 – 160 kali per menit (Marmi, 2014:114).

b) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2010:138). Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$) (Walsh, 2012:369). Suhu aksila $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ sedangkan suhu kulit $36-36,5^{\circ}\text{C}$ (Fraser *et all.* 2009:710).

c) Pernafasan

Bayi baru lahir selama satu menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal. Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi (Saifuddin, 2009:138). Frekuensi rata – rata 40 kali per menit. Rentang 30 – 60 kali per menit. Pernafasan merupakan pernafasan diafragma dan abdomen.

d) APGAR SCORE

Menurut Prawirohardjo (2010:45) nilai APGAR adalah suatu mode sederhana yang digunakan untuk menilai keadaan umum bayi sesaat setelah kelahiran. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak, yang dinilai adalah frekuensi jantung (Heart rate), usaha nafas (respiratory effort), tonus otot (muscle tone), warna kulit (colour), dan reaksi terhadap rangsangan (respon to stimuli) yaitu dengan memasukkan kateter ke lubang hidung setelah jalan nafas dibersihkan.

Tabel 2.30
Penilaian APGAR Score

Gejala	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	≤ 100 denyut/menit	≥ 100 denyut/menit
Pernafasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, menangis bebas
Reaksi terhadap rangsangan	Tidak ada	Meringis	Menangis
Warna kulit	Biru/pucat	Badan merah/ ekstermitas pucat	Seluruhnya merah

Sumber: Varney, 2009

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

3) Antropometri

a) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksa diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Normal 43-53 (Kumalasari, 2015:218).

b) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500 – 4000 gram (Marmi, 2014:214). Jika berat badan >4 kg, dikategorikan *giant baby* yang mungkin disebabkan oleh diabetes maternal, herediter dan sebagainya (Marmi, 2016:354)

c) Ukuran kepala

Ukuran kepala menurut Winkjosastro dkk (2009:119)

adalah:

- | | |
|--------------------------------------|--------------|
| (1) Diameter suboksipito-bregmatikus | : 9,5-10 cm |
| (2) Diameter oksipito-frontalis | : 11-12 cm |
| (3) Diameter oksipito metalis | : 13,5-15 cm |

- (4) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- (5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (7) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus: 33-34 cm
- (8) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
- (9) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- (10) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

- d) Lingkar dada 30 – 38 cm
- e) Lingkar lengan 11 – 12 cm

(Vivan, 2010:12-15)

4) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang beranjak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya: caput suksedaneum (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, terbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), sefal hematoma (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tunggal parietal, sifatnya perlahan – lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi baru lahir dan membesar samapai

hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak perhatikan adanya kelainan seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes, dan sebagainya (Marmi, 2014:221).

Tabel 2.31
Perbedaan Caput Suksedaneum dan Sefal Hematoma

Perbedaan	Caput Suksedaneum	Sefal Hematoma
Terjadi karena	Oedema	Perdarahan
Isinya	Cairan getah bening	Darah
Batas pinggir	Melampaui batas tulang tengkorak	Tidak melampaui batas tulang tengkorak
Perabaan	Lembut	Teraba keras
Hilangnya	Hilang dalam beberapa hari (2-3 hari)	Membutuhkan waktu lebih lama, hilang dalam beberapa minggu sampai beberapa bulan

Sumber: Marmi, 2014:221

b) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi nampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi diintrauterin. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresis dan fasialis (Marmi, 2014:221).

c) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan – lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014:224).

d) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014:224).

e) Mulut

Bibir harus berbentuk simetris. Ketidaksimetrisan bibir menunjukkan adanya palsy wajah. Mulut yang kecil menunjukkan *mikrognati*. Periksa adanya bibir sumbing, adanya gigi atau ranula (kista lunak yang berasal dari dasar mulut). Periksa keutuhan langit-langit, terutama pada persambungan antara palatum keras dan lunak (Kumalasari,

2014:219). Membrane mukosa lembab dan berwarna merah muda. Refleks menghisap dan menelan terkoordinasi (Fraster, *et.all*, 2009:711). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush* (Marmi, 2012:211). Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat sekret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2010:137).

f) Telinga

Diperiksa kanan dan kiri, periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya, pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang, daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas di bagian atas, perhatikan letak daun telinga (Rukiyah, 2010:57).

g) Leher

Leher bayi biasanya pendek dan diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014:224).

h) Dada

Periksa kesimetrisn gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragmanatau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan strenum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, putting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2014:224).

i) Abdomen

Abdomen harus nampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan adaya hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfaloke atau ductus omfaloenitriskus persisten (Mari, 2014:226).

j) Punggung

Lihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009:137).

k) Genetalia

(1) Perempuan

Terkadang nampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu.

Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2014:226).

(2) Laki – laki

Pada bayi laki – laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2014:226).

l) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keuar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom megakolon atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014:235).

m) Ekstermitas

(1) Atas

Kedua lengan sama panjang, kedua lengan harus bebas bergerak jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili dan sindaktili (Rukiyah, 2010).

(2) Bawah

Simetris, tidak ada pas varus dan pas valgus (Walsh, 2012).

n) Kulit

Dala keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pngelupasan yang berlebihan harus dipikir kan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (Cutis Marmorata), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2009:137).

5) Pemeriksaan neurologis

a) Refleks melangkah (stepping reflex)

Bayi akan menggerak-gerakan tungkainya dalam satu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014:246).

b) Refleks mencari (rooting reflex)

Tekan pipi atau sudut mulut bayi disenth, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya.

c) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Dilihat pada saat bayi menyusu (Dewi, 2010:25).

d) Reflek menelan (*swallowing reflex*)

Dilihat pada saat benda – benda di dekatkan pada mulut bayi, memungkinkan bayi memasukan makanan secara permainan tetapi berubah sesuai pengalaman (Judarwanto, 2014).

e) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2014:246).

f) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014:246).

g) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Didapat dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriakan kencang atau gerakan yang mendadak.

Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45 derajat, dalam keadaan rileks kepala dijatuhkan 10 derajat, normlanya akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan (Dewi, 2010:25).

h) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014:247).

i) 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, 2014:247).

j) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuhan lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:72).

2. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah:

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

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan kepada bayi – bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh diaperash, seborrhoea, bisulan, miliariasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014:211).

3. Intervensi

Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-4000 gram), PB (48-52 cm).

Tujuan:

Bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi.

a. Kriteria:

- 1) Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI.
- 2) Nadi 120-160 kali per menit.
- 3) Suhu bayi 36,5-37,5°C.
- 4) Frekuensi pernafasan rata-rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit.
- 5) Berat badan 2500-4000 gram.

b. Intervensi:

1) Lakukan inform consent

R/ inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

3) Beri identitas bayi

R/ identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan.

4) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/ membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi.

5) Rawat tali pusat dan membungkus dengan kassa

R/ tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi.

6) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ mendeteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi.

7) Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ mendeteksi dini terhadap terjadinya komplikasi.

8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAK/BAB

R/ segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas.

9) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari.

(Marmi, 2012:88).

c. Potensial Masalah

a) Masalah 1 : risiko hipotermi

Tujuan : hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2014:207).
- 2) Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009:97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012:302):

- 1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal setres dingin.

- 2) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ dengan mengetahui tanda – tanda hipotermi, dapat meminimalisir terjadinya kematian bayi akibat hipotermi.

3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi

R/ konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

b) Masalah 2 : risiko hipoglikemi

Tujuan : hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dl
- 2) Bayi tidak kejang, tidak latargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomometri.

Intervensi menurut Marmi (2012:306):

- 1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko

R/ bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, BBL dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran R/ bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi R/ tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia R/ pemberian ASI secara dini dapat meningkatkan kadar gula darah pada bayi sehingga mencegah terjadinya hipoglikemi.

5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

c) Masalah 3 : risiko ikterik

Tujuan : ikterik tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Kadar bilirium serum $\leq 12,9$ mg/dl
- 2) Timbul pada hari ke 2 dan ketiga setelah bayi lahir
- 3) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera, dan urin tidak berwarna kekuning kuningan.

Intervensi menurut Marmi (2012:77-79):

- 1) Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfonadima, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amniom berwarna kuning (indikasi penyakit hermolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

- 2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik

R/ pola penerimaan ASI yang buruk, latargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro, merupakan tanda-tanda awal enselopati bilirubin (kerniterus).

- 3) Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ kolostrum sebagai pembersih selaput usus BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan.

4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/ menjemur bayi dapat mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

d) Masalah 4 : sebhorea

Tujuan : sebhorea tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Cuaca dingin
- 2) Jarang mencuci rambut
- 3) Pemakaian lotion yang mengandung alcohol

Intervensi menurut Marmi (2012:221-223):

- 1) Cuci kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2 – 3 kali seminggu.

R/ mencuci kepala bayi dapat mengganti sel – sel kulit kepala secara perlahan sehingga sebhorea teratasi.

- 2) Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2%

R/ dengan diberikannya krim silanum dapat membersihkan kerak / kotoran pada kepala bayi.

e) Masalah 5 : miliariasis

Tujuan : miliariasis dapat teratasi

Kriteria :

Tidak terdapat gelembung – gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh.

Intervensi menurut Marmi (2012:229):

1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

3) Hidari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa memperingati terlebih dahulu

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

4) Kenakana pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat, sehingga kulit bayi tidak lembab dan tidak memperparah terjadinya miliariasis.

5) Periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut dapat meminimalisir terjadinya komplikasi atau masalah yang menyertai miliariasis.

f) Masalah 6 : muntah dan gumoh

Tujuan :

muntah dan gumoh dapat teratasi serta tidak terjadi lagi

Kriteria :

1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

2) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012):

1) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

2) Hentikan menyusui apabila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

g) Masalah 7 : oral trush

Tujuan : oral trush tidak terjadi lagi

Kriteria : mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012:211):

- 1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusu menggunakan air matang

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida akbicans penyebab oral trush.

- 2) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, selain itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ merebus botol menggunakan air mendidih sebelum digunakan dapat mematikan kuman sehingga kuman tidak berkembang biak di dalam botol.

- 3) Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ membersihkan puting susu sebelum menyusui dapat membersihkan kuman penyebab oral trush.

- h) Masalah 8 : diaperush

Tujuan : diaperush dapat teratasi

Kriteria :

Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut Marmi (2012:215):

- 1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan baru.

R/ menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi dapat mencegah terjadinya diaperush.

2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ menggunakan diaper terlalu sering menyebabkan bagian genetalia mejadi lembab dan memudahkan bakteri berkembang biak.

3) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

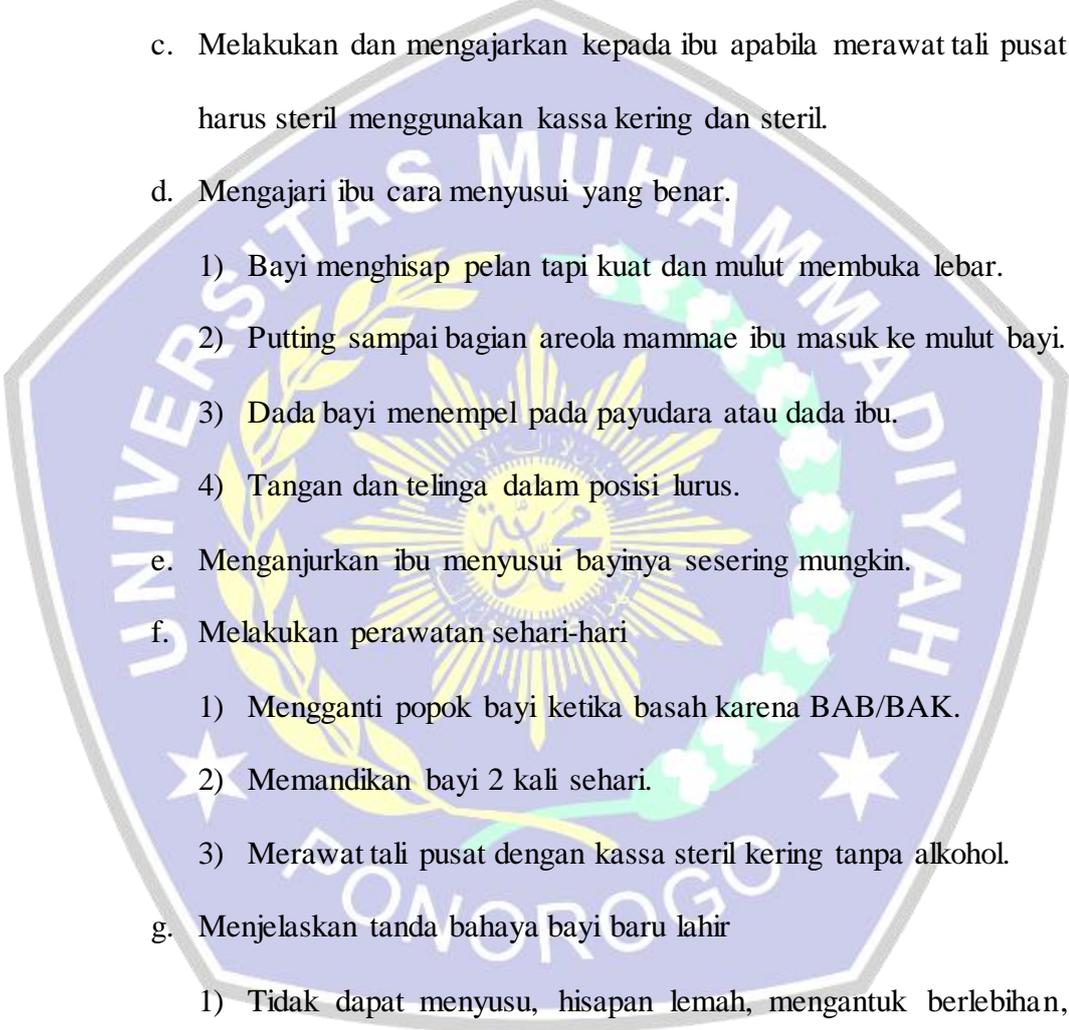
R/ kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang meyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pecegahan.

R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

4. Implementasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komperhensif, efektif, efisisen, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

- 
- a. Merawat bayi diruang hangat dengan membungkus bayi dengan selimut dan meletakkan bayi dalam inkubator atau dekatkan disisi ibu.
 - b. Merawat bayi dengan teknik aseptik dan antiseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.
 - c. Melakukan dan mengajarkan kepada ibu apabila merawat tali pusat harus steril menggunakan kassa kering dan steril.
 - d. Mengajari ibu cara menyusui yang benar.
 - 1) Bayi menghisap pelan tapi kuat dan mulut membuka lebar.
 - 2) Puting sampai bagian areola mammae ibu masuk ke mulut bayi.
 - 3) Dada bayi menempel pada payudara atau dada ibu.
 - 4) Tangan dan telinga dalam posisi lurus.
 - e. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin.
 - f. Melakukan perawatan sehari-hari
 - 1) Mengganti popok bayi ketika basah karena BAB/BAK.
 - 2) Memandikan bayi 2 kali sehari.
 - 3) Merawat tali pusat dengan kassa steril kering tanpa alkohol.
 - g. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir
 - 1) Tidak dapat menyusu, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
 - 2) Nafas cepat lebih dari 60x/menit.
 - 3) Susah untuk dibangunkan atau lemah.
 - 4) Sering merintih.

- 5) Suhu tubuh $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$ atau $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$.
- 6) Warna kulit kuning (terutama timbul dalam 24 jam pertama).
- 7) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan nanah, bau busuk.
- 8) Demam
- 9) Mata bayi merah (trauma saat lahir).

5. Evaluasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria:

- a. Penilaian yang dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan / keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi tindak lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, dan jelas mengenai keadaan / kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S: adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
 - O: adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A: adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - P: adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.10 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

1. Pengkajian

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan, bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

a. Data subyektif

1) Identitas

a) Nama

Untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011:313).

b) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2010:9).

c) Agama

Informasi mengenai agama dapat digunakan untuk menuntun diskusi tentang tradisi keagamaan dalam kehamilan dan persalinan. Tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin, dan pada beberapa kasus penggunaan produk darah (Marmi, 2011:60-63).

d) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB, atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) (Manuaba, 2012:592).

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011:194).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut Saifuddin (2012:119) adalah:

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani dkk, 2010:49-51).

4) Riwayat kesehatan

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012:45).

b) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infrak, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin.

c) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang memiliki riwayat tekana darah tinggi $< 180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012:66).

5) Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi, menurut Marmi (2014:283):

(1) Menarche

Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarhe terjadi pada usia pbertas, yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

(2) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

(3) Haid

Bila menyusui 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 elahirkan dan telah erjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan

hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Saifuddin, 2013:68). Pada metode KB MAL ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera menggunakan metode KB lainnya (Saifuddin, 2010:54). Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010:129). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba dkk, 2010:598).

6) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir atau komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Rukiyah, 2009:116-117).

7) Riwayat persalinan yang lalu

Persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran, atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (forsep atau SC), riwayat perdarahan pada kehamilan (Rukiyah, 2009:118). Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun

kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012:52).

8) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalina dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksi, sehingga dapat menutup pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:579).

9) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:71).

10) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

KB hormonal (implan, susuk, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari pada biasanya (Hartanto, 2015:78).

b) Emilinasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015:78).

c) Kebersihan diri

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap keringat (Ambarwati, 2010:132).

d) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan oada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2009:76). Pada kontrasepsi suntik progestin diberikan pada waktu 7 hari siklus haid, tetapi jika akseptor terlambat diberikan sesudah haid 7 hari, maka akseptor perlu menggunakan metode kontrasepsi lain (kondom) selama 7 hari bila melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2009:77). Pada akseptor implan sebaiknya dipasang pada saat hari ke-2 sampai hari ke-7. Lebih dari itu, akseptor KB implan perlu menggunakan kontrasepsi tambahan selama 7 hari bila melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2009:78-79).

e) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur, misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang (Ambarwati, 2010:157).

f) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya (Ambarwati, 2010:157).

11) Keadaan psikologis

- a) Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum (Saifuddin, 2012:153).
- b) Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan kontrasepsi esterogen menyebabkan pemakainya mudah tersinggung dan tegang (Manuaba, 2010:375).

12) Latar belakang sosial budaya

Mengkaji apakah suami mendukung ibu untuk menggunakan KB dan sama sekali tidak ada larangan untuk pemakaian KB dalam mengambil keputusan diambil secara bersamaan. Tidak ada budaya setempat yang menghambat ibu dalam pemakaian alat kontrasepsi (Manuaba, 2010:375).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda – tanda vital

Suntikan progesterin dan implan dapat digunakan oleh wanita yang memiliki tekanan darah 180/110 mmHg (Saifuddin, 2012:128). Denyut nadi irreguler tidak dianjurkan memakai KB implan (Saifuddin, 2012:128).

b) Pemeriksaan antropometri

Berat badan merupakan salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2012:129).

c) Pemeriksaan fisik

(1) Kepala

Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174). Kulit pucat, dan rambut yang rapuh dapat mengindikasikan kekurangan nutrisi. Adanya parasit berhubungan dengan kondisi tempat tinggal yang buruk (Walsh, 2009:114).

(2) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema. Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebih di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progesterin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:50).

(3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal, warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sedangkan normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu kemungkinan konjungtivitis (Romauli, 2011:168).

(4) Hidung

Tidak ada massa, edema mukosa, sekresi (lendir/darah), tidak ditemukan gerakan cuping hidung pada pernapasan (Widatiningsih, 2017:181).

(5) Mulut dan gigi

Bibir simetris, lidah dan mukosa mulut: tidak ada sianosis, stomatitis, caries dentis, gingivitis, tonsil/faring tidak ada tanda radang (bengkak, kemerahan) (Widatiningsih, 2017:181).

(6) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011:99).

(7) Dada

Simetris, tidak ada retraksi otot interkostal, batuk. Suara nafas vasikuler, tidak ada wheezing, ronchi, stidor. Irama jantung teratur, tidak ditemukan murmur/bising jantung, gallop, tidak ada bunyi jantung tambahan lainnya (Widatiningsih, 2017:181).

(8) Payudara

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012:49:50). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan (Affandi, 2012:55). Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:164).

(9) Abdomen

Bekas luka operasi: untuk mengetahui apakah pernah SC atau operasi lain, konsistensi: keras atau tidak, pembesaran lien (liver): ada atau tidak, adakah adanya tanda – tanda kehamilan (Marmi, 2011:176).

(10) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenorea (Hartanto, 2013:170). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:77). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar

menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:75).

(11) Ekstermitas

Pada penggunaan implan, luka bekan insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan nyeri pada lengan (Affandi, 2012:58). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:77). Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untun penapisan.

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan sebagai berikut:

d) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu, untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan (Siswihanto, 2013:421). Untuk memeriksa adanya cairan vagina, servitis, dan pemeriksaan mikroskopis bila diperlukan (Saifuddin, 2010:PK-5).

e) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- 1) Memastikan gerakan serviks bebas
- 2) Menentukan besar dan posisi uterus
- 3) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- 4) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

2. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah:

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

Diagnosa: PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, amenorhea, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam.
Prognosa baik (Ambarwati, 2010:340).

3. Intervensi

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

Diagnosa:

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik (Ambarwati, 2010:340).

Tujuan:

- a. Setelah diadakan tindakan kebidanan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan, dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

- a. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan.
- b. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- c. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2012:348):

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ ibu lebih percaya dan yakin sehingga ibu lebih kooperatif

2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita dapat membantu klien apa yang ia butuhkan.

3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, dan kontraindikasi.

R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

4) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan keadaannya.

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ diskusi yang tepat dapat memberikan dampak positif jangka panjang kepada klien dan pasangan.

6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ penjelasan yang lebih lengkap diharapkan klien mampu memilih kontrasepsi dengan tepat.

7) Pesankan kepada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan kontrasepsi.

Kemungkinan Masalah:

a) Masalah 1 : Amenorhea

Tujuan : ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

Kriteria : ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Saiffudin (2010:MK-47):

1) Kaji pengetahuan pasien tentang amenorrhea.

R/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien dan apakah pasien dapat menerima efek samping dari KB yang menyebabkan amenorhea.

2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/ dengan adanya penjelasan perubahan fisiologis pada KB yang digunakan, ibu merasa tenang dengan kondisi yang ia alami.

3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB.

b) Masalah 2 : perdarahan bercak/spotting.

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : keluhan ibu terhadap spotting berkurang.

Intervensi menurut Affadi (2012:MK-49):

1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting.

2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

R/ klien bebas memilih kontrasepsi yang sesuai dan tanpa kontraindikasi.

c) Masalah 3 : perdarah pervaginam yang hebat

Tujuan : ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Hartanto (2015:368):

1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik.

R/ tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan).

R/ terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

3) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki.

R/ perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

d) Masalah 4 : pusing

Tujuan : pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2010:33):

1) Kaji keluhan pusing pasien.

R/ membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/ akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi.

R/ teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

e) Masalah 5 : kenaikan berat badan

Tujuan : berat badan normal

Kriteria : berat badan sesuai indeks masa tubuh

Intervensi menurut Dyah, dkk, 2012:149:

1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal.

R/ kenaikan berat badan dipengaruhi oleh ketidakseimbangan hormon yang menyebabkan percepatan metabolisme dan sukarnya tubuh menyerap air.

2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan.

R/ mengurangi porsi makan dapat mencegah penumpukan lemak dalam tubuh.

3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga.

R/ dengan melakukan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi.

4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal.

R/ memberikan kenyamanan pada akseptor KB dan akseptor bebas memilih kontrasepsi yang sesuai serta tanpa kontraindikasi

4. Implementasi

- a. Menjelaskan pada ibu mengenai pengertian kontrasepsi
- b. Menjelaskan pada ibu macam-macam kontrasepsi
 - 1) Cara kerja kontrasepsi
 - 2) Efektifitas kontrasepsi
 - 3) Keuntungan kontrasepsi
 - 4) Kerugian kontrasepsi
 - 5) Efek samping kontrasepsi
 - 6) Jadwal kontrasepsi
- c. Memberikan inform consent untuk ditanda tangani ibu.

(Affandi, 2012:MK-79).

5. Dokumentasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkemabangan SOAP.

S: adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O: adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P: adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evalusai, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.



