

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini penulis akan menguraikan tentang asuhan kebidanan secara *Continuity of Care (COC)* dengan komprehensif pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Kehamilan

A. Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan suatu peristiwa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamannya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu / 9 bulan 7 hari) yang dihitung dari HPHT ibu. Kehamilan terbagi kedalam 3 triwulan yaitu triwulan 1 dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan 2 dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan 3 dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, et al., 2014).

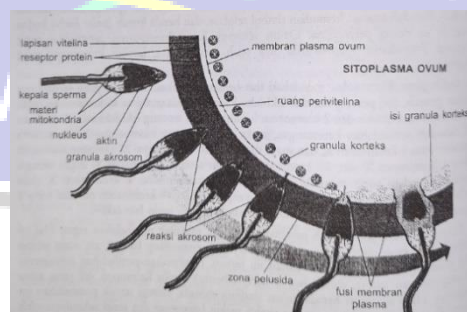
B. Fisiologi Kehamilan

1. Konsepsi

Konsepsi merupakan peristiwa bertemunya sel telur (ovum) dan sperma yang terjadi pada saat kopulasi (senggama) antara pria dan wanita yang menyebabkan ejakulasi sperma ke dalam saluran reproduksi perempuan (Sutanto & Fitriana, n.d.).

Menurut (Saifuddin, et al., 2016) konsepsi berlangsung melalui beberapa proses, yaitu:

- a) Ovum dilepas oleh ovarium disapu oleh mikrofilamen-mikrofilamen fimbria infundibulum tuba kearah ostium tuba.
- b) Ovum dilingkari oleh zona pelusida.
- c) Jutaan spermatozoa ditumpahkan di forniks dan sekitar persio saat koitus. Setelah melewati kavum uteri dan tuba, spermatozoa akan sampai di ampula dan hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan kapasitasi untuk membuahi.
- d) Pada saat spermatozoa menembus zona pelusida terjadi reaksi korteks ovum (mencegah ovum dibuahi lebih dari 1 sperma).
- e) Masuknya spermatozoa ke dalam vitelus membangkitkan nukleus ovum untuk pembelahan meiosis kedua.
- f) Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembelahan zigot.



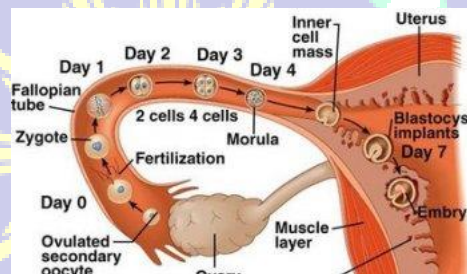
Gambar 2.1
Konsepsi

Sumber: (Saifuddin, et al., 2016)

2. Nidasi

Menurut (Sutanto & Fitriana, n.d.), proses nidasi terbagi menjadi tiga fase, yaitu:

- a) Aposisi, pelekatan dini blastokista ke dinding uteri,
- b) Adhesi, terjadi peningkatan kontak antara blastokista dengan epitel uteri,
- c) Invasi-penetrasi dan invasi sinsitiotrofoblas kedalam endometrium. Blastokista melekat secara longgar ke epitel endometrium melalui aposisi (paling sering terjadi di dinding uterus bagian posterior atas).



Gambar 2.2
Nidasi
Sumber: (Fitri, 2017)

3. Plasentasi

Plasentasi merupakan proses pembentukan struktur dan jenis plasenta yang berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi. Dalam 2 minggu pertama terbentuklah sinus intertrofoblastik (ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan). Pertumbuhan ini berjalan terus menerus, sehingga timbul

ruangan-ruangan interviler dimana vili khorialis seolah-olah terapung diantara ruangan-ruangan tersebut sampai terbentuknya plasenta (Saifuddin, et al., 2016)

Tabel 2.1
Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak di muka. Pembentukan alis & lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan 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 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm, ini merupakan awal dari TM 2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150 kali/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28	Saat ini disebut permulaan TM ketiga, 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 telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah regular, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 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: (Saifuddin, et al., 2016)

C. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut (Sutanto & Fitriana, n.d.), tanda dan gejala kehamilan terbagi menjadi:

Tanda dan Gejala Kehamilan Pasti

1. Ibu dapat merasakan gerakan kuat bayi di UK sekitar 5 bulan.
2. Sejak usia kehamilan 6 atau 7 bulan, bidan dapat menemukan kepala, leher, punggung, lengan, bokong dan tungkai dengan meraba perut ibu.
3. Denyut jantung bayi dapat terdengar.
4. Tes kehamilan medis menunjukkan bahwa ibu hamil.

Tanda dan Gejala Kehamilan Tidak Pasti

1. Ibu tidak menstruasi

Kemungkinan penyebab tanda lain adalah gizi buruk, masalah emosi, menopause atau karena makan obat-obatan seperti *Primolut N*, *norethisteron*, *lutenil* atau pil kontrasepsi yang menyebabkan ibu tidak menstruasi.

2. Mual atau ingin muntah

Mual umumnya terjadi pada tiga bulan pertama kehamilan, pemicunya adalah meningkatnya hormon hCG.

Kemungkinan penyebab lain dari mual adalah adanya penyakit atau parasit.

3. Payudara menjadi peka

Dikarenakan peningkatan hormon estrogen dan progesteron, payudara lebih lunak, sensitif, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri.

4. Ada bercak darah dan kram perut

Adanya bercak darah dan kram perut disebabkan oleh implanasi atau menempelnya embrio ke dinding ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari rahim.

5. Ibu merasa letih dan mengantuk sepanjang hari

Hal ini diakibatkan oleh perubahan hormon dan kerja ginjal, jantung serta paru-paru yang semakin keras untuk ibu dan janin. Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah anemia, gizi buruk, masalah emosi dan terlalu banyak bekerja.

6. Sakit kepala

Sakit kepala terjadi karena lelah, mual dan tegang serta depresi yang disebabkan oleh perubahan hormon tubuh saat hamil. Meningkatnya pasokan darah ke tubuh juga membuat ibu hamil pusing setiap ganti posisi.

7. Ibu sering berkemih

Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah stress, infeksi, diabetes ataupun infeksi saluran kemih. Sering berkemih disebabkan oleh rahim yang membesar menekan

kandung kemih, meningkatnya sirkulasi darah serta adanya perubahan hormonal akan berpengaruh pada fungsi ginjal.

8. Sembelit

Sembelit dapat disebabkan oleh meningkatnya hormon progesteron yang mengendurkan otot dinding usus, sehingga memperlambat gerakan usus. Tujuannya adalah agar penyerapan nutrisi untuk janin lebih sempurna.

9. Sering meludah

Sering meludah atau hipersaliva disebabkan oleh perubahan kadar estrogen dalam tubuh.

10. Temperatur basal tubuh naik

Temperatur ibu sedikit meningkat setelah ovulasi dan akan turun ketika mengalami haid. Jika tetap tinggi, hal ini menunjukkan kehamilan.

11. Ngidam

Tidak suka atau tidak ingin makanan tertentu merupakan ciri khas ibu hamil. Penyebabnya adalah perubahan hormon.

12. Perut ibu membesar

Kemungkinan penyebab lain tanda ini adalah ibu mengalami kanker atau pertumbuhan lain didalam tubuhnya atau mungkin ibu hanya menjadi lebih gemuk.

Tanda-Tanda dan Gejala Kehamilan Palsu (*Pseudocyesis*)

Pseudocyesis (kehamilan palsu) adalah keyakinan bahwa seseorang wanita sedang hamil namun sebenarnya ia tidak hamil. Wanita yang mengalami *pseudocyesis* akan merasakan sebagian besar atau bahkan semua tanda-tanda dan gejala kehamilan.

Ketika seorang wanita merasakan hasrat dan keinginan yang sangat kuat untuk hamil, yang mungkin berkembang disebabkan faktor kemandulan, keguguran berulang, menjelang menopause, tubuhnya bisa menghasilkan beberapa tanda-tanda kehamilan normal. Otak wanita kemudian menafsirkan gejala tersebut sebagai kehamilan, dan memicu pelepasan hormon tertentu (seperti estrogen dan prolaktin) yang menyebabkan tubuh mengalami gejala kehamilan, yaitu:

1. Gangguan menstruasi.
2. Perut semakin membesar.
3. Payudara membesar dan mengencang, perubahan pada puting dan mungkin produksi ASI.
4. Merasakan pergerakan janin.
5. Mual dan muntah.
6. Kenaikan berat badan.

Untuk menentukan apakah seorang wanita mengalami kehamilan palsu atau tidak, diperlukan pemeriksaan panggul dan USG. Kondisi medis tertentu juga dapat meniru tanda-tanda dan

gejala kehamilan, termasuk kehamilan ektopik, obesitas morbid dan kanker.

D. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Selama kehamilan, terjadi adaptasi anatomis, fisiologis dan biokimia, perubahan ini dimulai segera setelah pembuahan sampai kehamilan dan sebagian besar terjadi sebagai respon terhadap rangsangan fisiologis yang ditimbulkan oleh janin dan plasenta (Sutanto & Fitriana, n.d.). Berikut adalah adaptasi fisiologis pada masa kehamilan, yaitu:

1. Sistem reproduksi

a) Uterus

Menurut (Saifuddin, et al., 2016), selama kehamilan uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.

Penebalan uterus meliputi peregangan dan penebalan sel-sel otot, terjadi akumulasi jaringan ikat dan elastik, terutama pada lapisan otot luar. Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi oleh hormon estrogen dan progesteron. Akan tetapi, setelah kehamilan berumur 12 minggu lebih penambahan ukuran uterus akan didominasi

oleh desakan dari hasil konsepsi. Pada awal kehamilan tuba falopii, ovarium, dan ligamentun rotundum berada sedikit dibawah apeks fundus, sementara pada akhir kehamilan akan berada sedikit diatas pertengahan uterus.

Pada minggu-minggu pertama, bentuk uterus seperti buah advokat. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Uterus akan berbentuk oval karena pertambahan panjang uterus lebih cepat daripada penambahan lebarnya. Itsmus uteri pada minggu-minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan itsmus menjadi lebih panjang dan lunak, disebut dengan tanda hegar.

Tabel 2.2
Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald

UK	TFU
22-28 minggu	24-25 cm diatas simfisis
28 minggu	26,7 cm diatas simfisis
30 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
32 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
34 minggu	31 cm diatas simfisis
36 minggu	32 cm diatas simfisis
38 minggu	33 cm diatas simfisis
40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

Sumber: (Saifuddin, et al., 2016)

Tabel 2.3
Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold

UK	TFU (Leopold 1)
12 minggu	1-2 jari diatas simfisis
16 minggu	Petengahan simfisis-pusat
20 minggu	2-3 jari dibawah pusat
22-27 minggu	Setinggi umbilicus
28 minggu	Pertengahan pusat-PX
29-35 minggu	3 jari dibawah PX
36-40 minggu	Pada PX atau pertengahan pusat-PX

Sumber : (Wahyuningsih & Tyastuti, 2016)

b) Serviks

Serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan pasca 1 bulan konsepsi karena proses vaskularisasi dan edema pada seluruh bagian serviks bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hyperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks.

Dimasa kehamilan, kolagen secara aktif disintesis dan secara terus menerus mengalami remodel oleh kolagenase, yang disekresi oleh sel-sel serviks dan neutrophil. Dengan adanya jaringan elastis dan sel-sel otot polos, serabut kolagen bersatu dengan arah paralel sehingga serviks menjadi lunak dibandingkan kondisi tidak hamil, tetapi serviks ini tetap mampu dalam mempertahankan kehamilan. Disaat kehamilan mendekati aterm (cukup bulan), penurunan kolagen akan terjadi lebih signifikan. Penurunan kolagen pada tahap ini terbukti melunakkan serviks.

(Saifuddin, et al., 2016)

c) Ovarium

Selama kehamilan, proses ovulasi akan berhenti serta proses pematangan folikel pun akan tertunda. Folikel ini akan berperan maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan setelah itu folikel ini akan berperan dalam pengeluaran hormon progesteron dalam jumlah yang relatif sedikit. (Saifuddin, et al., 2016)

d) Vagina dan perineum

Pada saat kehamilan akan terlihat tanda *Chadwick* (vagina yang terlihat berwarna keungu-unguan) yang diakibatkan oleh peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada otot-otot perineum dan vulva yang terlihat sangat jelas.

Dibagian dinding vagina, mengalami banyak perubahan, dinding vagina bertambah panjang. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu. Peningkatan sekresi pada vagina juga terjadi, dimana sekresi tersebut bercirikan pH antara 3,5-6 akibat dari peningkatan produksi asam laktat glikogen, berwarna keputihan dan menebal.

(Saifuddin, et al., 2016)

2. Kulit

Striae gravidarum pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan terkadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Garis pertengahan perut (linea alba) akan menjadi hitam kecoklatan yang disebut linea nigra. Cloasma atau melisma gravidarum mungkin akan muncul dalam ukuran yang bervariasi diwajah dan leher. Pada area genital dan areola juga terlihat pigmentasi yang berlebihan yang akan hilang atau berkurang setelah persalinan. Perubahan ini diduga karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh wanita hamil (Saifuddin, et al., 2016).

3. Payudara

Payudara akan bertambah ukurannya serta vena-vena dibawah kulit akan terlihat lebih jelas. Puting payudara akan menjadi kehitaman, lebih tegak dan besar. Setelah bulan pertama, kolostrum (cairan yang berwarna kekuningan) akan keluar. Meskipun dapat dikeluarkan, namun ASI belum keluar karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolaktin inhibiting hormone* (Saifuddin, et al., 2016)

4. Perubahan metabolik

Penambahan berat badan berasal dari uterus dan isinya, payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler.

Diperkirakan selama masa kehamilan, berat badan ibu hamil bertambah sekitar 12,5 kg.

Tabel 2.4
Rekomendasi Penambahan Berat Badan selama Kehamilan berdasarkan IMT.

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

Sumber : (Saifuddin, et al., 2016)

Pada TM II dan III pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan perminggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg.

Tabel 2.5
Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan

Jaringan dan Cairan	10 minggu	20 minggu	30 minggu	40 minggu
Janin	5	300	1500	3400
Plasenta	20	170	430	650
Cairan amnion	30	350	750	800
Uterus	140	320	600	970
Mammae	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan ekstraseluler	0	30	80	1480
Lemak	310	2050	3480	3345
Total	650	4000	8500	12500

Sumber : (Saifuddin, et al., 2016)

Konsentrasi lemak, lipoprotein dan apolipoprotein dalam plasma akan meningkat selama kehamilan. LDL akan

mencapai puncaknya pada minggu ke 36, sementara HDL akan mencapai puncaknya pada minggu ke 25 berkurang sampai minggu ke 32 dan kemudian menetap. Hal ini dipengaruhi oleh hormon estrogen dan progesteron yang naik turun (tidak stabil).

Asam folat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan pembelahan sel dalam sintesis DNA/RNA. Defisiensi asam folat pada saat kehamilan dapat menyebabkan terjadinya anemia megaloblastik dan defisiensi pada masa prakonsepsi serta awal kehamilan akan menyebabkan *neural tube defect* pada janin. Sehingga wanita yang akan merencanakan kehamilan dianjurkan mengonsumsi asam folat 0,4 mg/hari sampai usia kehamilan 2 minggu begitu juga dengan ibu-ibu yang memiliki riwayat anak dengan spina bifida (Saifuddin, et al., 2016)

5. Sistem Kardiovaskuler

Kardiak output akan meningkat pada minggu ke lima untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Peningkatan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer. Volume darah akan meningkat secara progresif mulai minggu ke 6-8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke 32-34. Volume

plasma akan meningkat kira-kira 40-45%. Hal ini dipengaruhi oleh progesteron dan estrogen pada ginjal. Hipervolemia selama kehamilan mempunyai fungsi yaitu:

- a) Untuk menyesuaikan pembesaran uterus terhadap hipertrofi sistem vaskular.
- b) Melindungi ibu dan janin terhadap efek yang merusak dari arus balik vena dalam posisi terlentang dan berdiri.
- c) Untuk menjaga ibu dari efek kehilangan darah yang banyak pada saat persalinan.

(Saifuddin, et al., 2016)

6. Sistem respirasi

Frekuensi pernapasan mengalami sedikit perubahan. Tetapi volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke 37 dan akan kembali hampir seperti sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan (Saifuddin, et al., 2016).

7. Traktus digestivus

Terjadi penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin dilambung sehingga menimbulkan gejala berupa *heartburn* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus

bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar. Haemorrhoid juga akan terjadi akibat dari konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus (Saifuddin, et al., 2016).

8. Traktus Urinarius

Ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate* dan *renal plasma flow* akan meningkat. Pada ekskresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak. Glukosuria juga merupakan suatu hal yang umum, tetapi kemungkinan adanya diabetes mellitus juga harus tetap diperhitungkan. Proteinuria dan hematuria merupakan suatu hal yang abnormal. Pada ureter akan terjadi dilatasi dimana bagian sisi kanan akan lebih membesar dibandingkan ureter yang kiri, diduga karena pengaruh hormon progesteron (Saifuddin, et al., 2016).

9. Sistem endokrin

Kelenjar hipofisis akan membesar $\pm 135\%$ selama kehamilan normal. Akan tetapi hormon ini tidak menyumbang arti penting terhadap jalannya suatu kehamilan. Hormon prolaktin akan meningkat sebanyak 10

kali lipat pada kehamilan aterm (cukup bulan). Sebaliknya, setelah proses persalinan, konsentrasinya dalam plasma akan menurun, hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. (Saifuddin, et al., 2016).

10. Sistem muskuloskeletal

Lordosis merupakan bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat pembesaran uterus kesisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Pergeseran tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Saifuddin, et al., 2016)

E. Perubahan Psikologis Kehamilan

Menurut (Sutanto & Fitriana, n.d.) perubahan psikologis pada masa kehamilan merupakan perubahan sikap ataupun perasaan tertentu sehingga memerlukan adaptasi atau penyesuaian dalam prosesnya.

1. Perubahan Adaptasi Psikologis TM 1

Stress di dalam individu, berhubungan dengan kegelisahan terhadap kemampuan beradaptasi dengan kejadian saat kehamilan. Perubahan psikologis ibu hamil pada TM I ditekankan kepada pencapaian peran seorang ibu yang memerlukan serangkaian aktivitas belajar.

2. Adaptasi psikologis TM II

Pada TM II, fluktuasi emosional sudah mulai mereda dan perhatian ibu hamil lebih terfokus pada berbagai perubahan tubuh yang terjadi selama kehamilan, kehidupan seksual keluarga, dan hubungan dengan bayi yang dikandungnya.

3. Adaptasi psikologis TM III

Pada TM III, ibu hamil sangat emosional dalam rangka menghadapi persalinan dan mempersiapkan atau mewaspadai segala sesuatu yang mungkin dihadapinya. Rasa tidak nyaman timbul kembali pada TM ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya jelek, aneh, canggung dan berantakan sehingga memerlukan perhatian lebih dari pasangan.

F. Kebutuhan Dasar Wanita Hamil

Menurut (Tyastuti, 2016), kebutuhan dasar pada ibu hamil merupakan suatu hal yang harus dipenuhi. Secara khusus kebutuhan ini adalah:

1. Kebutuhan oksigen

Sebagai akibat terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam.

Hal ini akan dikarenakan oleh meningkatnya aktifitas paru-paru untuk mencukupi kebutuhan O₂ ibu dan janin.

2. Kebutuhan nutrisi

Pada ibu hamil akan mengalami penambahan BB, yang diukur dari IMT / BMI sebelum hamil. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada ibu hamil diperlukan zat gizi melalui makanan sehari-hari dengan menu seimbang. Kenaikan maupun penurunan BB setelah TM II perlu diwaspadai, karena besar kemungkinan hal tersebut mencerminkan suatu masalah.

Menurut (Winarsih, 2019) wanita hamil membutuhkan setidaknya 285 KKal tambahan energi dari kebutuhan wanita dewasa yang tidak hamil sebesar 1900-2400 KKal/hari.

Kebutuhan nutrisi bagi wanita hamil diantaranya:

a) Energi

Energi yang dibutuhkan hingga melahirkan sekitar 80.000 KKal atau membutuhkan tambahan 300 KKal perhari. Kebutuhan kalori tiap trimester antara lain:

- 1) TM I, kebutuhan kalori minimal 200 KKal perhari
- 2) TM II, kebutuhan kalori meningkat untuk penambahan volume darah, pertumbuhan uterus, payudara dan lemak.
- 3) TM III, kebutuhan kalori meningkat untuk pertumbuhan janin dan plasenta.

b) Protein

Merupakan zat gizi untuk pertumbuhan. Kebutuhan protein pada trimester I hingga II kurang dari 6 gram tiap harinya, sedangkan pada trimester III sekitar 10 gram tiap harinya.

c) Lemak

Dibutuhkan untuk perkembangan dan pertumbuhan janin selama dalam kandungan sebagai kalori utama. Lemak merupakan sumber tenaga dan untuk pertumbuhan jaringan plasenta. Kadar lemak akan meningkat pada kehamilan trimester III.

d) Karbohidrat

Merupakan sumber utama untuk tambahan kalori yang dibutuhkan selama kehamilan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Jenis karbohidrat yang dianjurkan adalah karbohidrat kompleks, yang mengandung vitamin dan mineral, serta mampu meningkatkan asupan serat untuk mencegah terjadinya komplikasi.

e) Vitamin

Kebutuhan vitamin diperlukan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi sel. Kebutuhan vitamin meliputi:

- 1) Asam folat, merupakan vitamin B yang memegang peranan penting dalam perkembangan embrio. Asam folat juga membantu mencegah *neural tube defect*, yaitu cacat pada otak dan tulang belakang. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan kehamilan premature, anemia, cacat bawaan, BBLR, dan pertumbuhan janin terganggu.
- 2) Vitamin A, memiliki fungsi untuk penglihatan, imunitas, pertumbuhan dan perkembangan embrio. Kekurangan vitamin A menyebabkan kelahiran premature dan BBLR.
- 3) Vitamin B, terdiri dari vitamin B₁, vitamin B₂, niasin, asam pantotenat untuk membantu proses metabolisme. Vitamin B₆ dan B₁₂ untuk membentuk DNA dan sel-sel darah merah. Vitamin B₆ berperan dalam proses metabolisme asam amino.
- 4) Vitamin C, merupakan antioksidan yang melindungi jaringan dari kerusakan dan dibutuhkan untuk membentuk kolagen serta menghantarkan sinyal ke otak. Vitamin C juga membantu penyerapan zat besi dalam tubuh.

- 5) Vitamin D, berfungsi untuk mencegah hipokalsemia, membantu penyerapan kalsium dan fosfor, mineralisasi tulang dan gigi.
- 6) Vitamin E, berfungsi untuk pertumbuhan sel dan jaringan serta integrasi sel darah merah.
- 7) Vitamin K, kekurangan vitamin K dapat mengakibatkan gangguan perdarahan pada bayi.

f) Mineral

Untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi sel, antara lain:

- 1) Zat besi, untuk memproduksi Hb, pertumbuhan dan metabolisme, mengurangi kejadian anemia.
- 2) Zat seng, untuk pembentukan tulang selubung dan saraf tulang belakang.
- 3) Kalsium, untuk pembentukan tulang dan gigi.
- 4) Yodium, untuk mencegah terjadinya kretinisme.
- 5) Fosfor, berperan dalam pembentukan tulang dan gigi, janin, serta kenaikan metabolisme kalsium ibu.
- 6) Fluor, digunakan untuk pertumbuhan tulang dan gigi.
- 7) Natrium, berperan dalam metabolisme air dan bersifat mengikat cairan dalam jaringan.

Tabel 2.6
Daftar Angka Kecukupan Gizi (AKG) per Orang/Hari
yang Dianjurkan

Zat Gizi	Kebutuhan Wanita Dewasa	Kebutuhan Wanita Hamil	Sumber Makanan
Energi (kalori)	2500	+300	Padi-padian, jagung, umbi-umbian, mi, roti
Protein (gram)	40	+10	Daging, ikan, telur, kacang-kacangan, tahu, tempe
Kalsium (mg)	0,5	+0,6	Susu, ikan teri, kacang-kacangan, sayuran hijau
Zat besi (mg)	28	+2	Daging, hati, sayuran hijau
Vitamin A (SI)	3500	+500	Hati, kuning telur, sayur dan buah berwarna hijau dan kuning kemerahan
Vitamin B ₁ (mg)	0,8	+0,2	Biji-bijian, padi-padian, kacang-kacangan, daging
Vitamin B ₂ (mg)	1,3	+0,2	Hati, telur, sayur, kacang-kacangan
Vitamin B ₆ (mg)	12,4	+2	Hati, daging, ikan, biji-bijian, kacang-kacangan
Vitamin C (mg)	20	+20	Buah dan sayur

Sumber : (Winarsih, 2019)

3. Personal Hygiene

Menurut (Tyastuti, 2016), Karena bertambahnya aktifitas metabolisme tubuh, ibu hamil cenderung menghasilkan keringat yang berlebih sehingga menjaga kebersihan badan perlu dilakukan untuk mendapatkan rasa nyaman.

a) Mandi

Mandi ditujukan untuk menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit.

b) Perawatan vulva dan vagina

Ibu hamil harus membersihkan vulva dan vagina setiap mandi, setelah BAB/BAK, dengan cara membersihkannya dari depan ke belakang kemudian dikeringkan dengan handuk kering. Pakaian dalam yang dipakai terbuat dari katun yang menyerap keringat.

c) Perawatan gigi

Untuk menjaga supaya gigi tetap dalam keadaan sehat perlu dilakukan: (1) memeriksakan kesehatan gigi ke dokter gigi minimal satu kali selama hamil, (2) Mengonsumsi makanan yang mengandung cukup kalsium (3) Sikat gigi teratur setiap selesai makan dengan sikat gigi yang lembut.

d) Perawatan kuku

Kuku harus dijaga tetap pendek sehingga perlu dipotong secara teratur.

e) Perawatan rambut.

Ibu hamil lebih banyak menghasilkan keringat sehingga perlu sering mencuci rambut untuk mengurangi ketombe.

4. Pakaian

Pakaian yang longgar, nyaman dipakai, tanpa sabuk atau pita yang menekan bagian perut atau pergelangan tangan karena akan mengganggu sirkulasi darah adalah pakaian yang dianjurkan untuk ibu hamil. Pakaian dalam atas (BH) dianjurkan yang longgar dan mempunyai kemampuan yang baik dalam menyangga payudara yang makin berkembang.

5. Eliminasi (BAB dan BAK)

Ibu hamil sering mengalami obstipasi yang kemungkinan terjadi karena: (1)Ibu kurang bergerak, (2)Emesis/hiperemesis, (3)Gerak peristaltik usus kurang, (4)Tekanan pada rektum oleh kepala bayi. Hal tersebut dapat dikurangi dengan konsumsi air putih yang banyak, gerak badan cukup/olahraga yang cukup, ibu dianjurkan untuk makan-makanan yang berserat seperti sayuran dan buah-buahan. Ibu hamil sering BAK karena ada penekanan kandung kemih oleh uterus yang membesar.

6. Hubungan seksual

Hubungan seksual masih bisa dilakukan ibu dimasa kehamilannya. Dengan syarat:

- a) Posisi ibu diatur menyesuaikan dengan pembesaran perutnya.

- b) Di trimester III sebaiknya hubungan seksual dilakukan dengan hati-hati karena dapat memicu kontraksi uterus.
 - c) Hindari hubungan seksual yang berpotensi menyebabkan kerusakan janin
 - d) Hindari kunikulus (stimulasi oral genitalia wanita) yang dapat menyebabkan emboli udara.
 - e) Hubungan seksual dengan kondom untuk mencegah penularan PMS bagi pasangan yang berisiko. Hubungan seksual disarankan tidak dilakukan pada ibu hamil bila:
 - 1) Terjadi perdarahan saat hubungan seksual.
 - 2) Terdapat pengeluaran cairan yang mendadak.
 - 3) Terdapat perlukaan di sekitar alat kelamin luar.
 - 4) Serviks telah membuka
 - 5) Plasenta letak rendah
 - 6) Wanita yang sering mengalami keguguran, persalinan preterm, mengalami kematian dalam kandungan
7. Mobilisasi dan body mekanik

Manfaat mobilisasi adalah: sirkulasi darah menjadi lancar, nafsu makan terjaga dengan baik, sistem pencernaan akan bekerja lebih baik dan tidur lebih lelap. Dianjurkan berjalan-jalan pagi hari, gerak badan ditempat seperti

berdiri-jongkok, terlentang dengan kaki diangkat, terlentang dengan perut diangkat, melatih pernafasan.

8. Exercise / senam hamil

Ibu dapat berjalan kaki maupun olahraga fisik lainnya yang tidak memberatkan ibu.

9. Istirahat / tidur

Istirahat yang cukup dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin, mencegah tekanan darah tinggi pada ibu.

Istirahat yang diperlukan ialah 8 jam malam hari dan 1 jam siang hari

10. Imunisasi

Vaksinasi toksoid tetanus dilakukan dua kali selama hamil yang diberikan kepada ibu hamil dengan UK 3 - 1 bulan sebelum melahirkan dengan jarak minimal 4 minggu.

Tabel 2.7
Pemberian Vaksin TT

Antigen	Interval (waktu minimal)	Perlindungan (tahun)	% perlindungan
TT 1	K1 kehamilan	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3	80
TT 3	6 bln setelah TT 2	5	95
TT 4	1 thn setelah TT 3	10	99
TT 5	1 thn setelah TT 4	25-seumur hidup	99

Sumber : (Tyastuti, 2016)

G. Hormon yang Mempengaruhi Reproduksi Perempuan dalam Kehamilan

1. FSH (*Follicle Stimulating Hormone*)

Berfungsi dalam spermatogenesis dan oogenesis. Disamping itu, hormon ini juga merangsang produksi hormon testosterone pada pria dan estrogen pada wanita.

2. LH (*Luteinizing Hormone*)

Untuk merangsang proses pembentukan badan kuning (korpus luteum) didalam ovarium setelah proses ovulasi.

3. Estrogen

Berperan dalam oogenesis dan penampakan ciri-ciri kelamin sekunder pada wanita, merangsang produksi LH dan menghambat produksi FSH.

4. Progesteron

Pada saat terjadi kehamilan, progesteron bersama-sama dengan estrogen menjaga agar endometrium tetap mengalami pertumbuhan, membentuk plasenta, menahan agar otot uterus tidak berkontraksi dan merangsang kelenjar susu dalam memproduksi ASI.

5. Oksitosin

Peranannya yaitu pada proses kelahiran, untuk merangsang kontraksi awal dari otot uterus.

6. Relaksin

Berperan untuk merangsang relaksasi ligament pelvis pada proses kehamilan.

7. Laktogen

Bersama progesteron merangsang pembentukan ASI.

8. Endokrin

Terdapat 3 organ endokrin yang berperan, yaitu:

a) Hipotalamus

Menghasilkan suatu releasing faktor (RF) dalam jumlah yang sedikit, yang terdiri dari:

- 1) FSH-RH merangsang hipofisis mengeluarkan FSH.
- 2) LH-RF merangsang hipofisis mengeluarkan LH.
- 3) PIF menghambat hipofisis mengeluarkan prolaktin.
- 4) TSH merangsang hipofisis mengeluarkan hormon tiroid.
- 5) ACTH merangsang hipofisis mengeluarkan hormon dalam sistem ginjal.

b) Hipofisis

- 1) Hipofisis anterior, menghasilkan FSH.
- 2) Hipofisis posterior, menghasilkan hormon oksitosin.

c) Ovarium

Akibat rangsangan FSH maka folikel menjadi matang dan mengandung banyak cairan folikuli yang menyebabkan pengeluaran estrogen secara maksimal.

Tabel 2.8
Laju Pembentukan Steroid pada Perempuan Tidak Hamil dan Perempuan Hamil Mendekati Aterm

Laju Produksi (mg/24 jam)		
Steroid	Tidak Hamil	Hamil
<i>Estradiol-17β</i>	0,1-0,6	15-20
<i>Estriol</i>	0,02-0,1	50-150
<i>Progesteron</i>	0,1-40	250-600
<i>Aldosteron</i>	0,05-0,1	0,250-0,600
<i>Deoksikortikosteron</i>	0,05-0,5	1-12
<i>Kortisol</i>	10-30	10-20

Sumber : (Sutanto & Fitriana, n.d.)

H. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut (Tyastuti, 2016), terdapat 6 tanda bahaya selama periode antenatal yaitu :

1. Perdarahan per vagina

Perdarahan abnormal yang terjadi pada awal kehamilan (perdarahan merah, banyak atau perdarahan dengan nyeri), kemungkinan abortus, mola atau kehamilan ektopik. Perdarahan tidak normal pada kehamilan lanjut (perdarahan merah, banyak, kadang-kadang, tidak selalu, disertai rasa nyeri) bisa berarti plasenta previa atau solusio plasenta.

2. Sakit kepala yang hebat, menetap yang tidak hilang.

Sakit kepala hebat dan tidak hilang dengan istirahat adalah gejala pre eklampsia.

3. Perubahan visual secara tiba-tiba (pandangan kabur)

Masalah penglihatan pada ibu hamil yang secara ringan dan tidak mendadak kemungkinan karena pengaruh hormonal. Tetapi jika terjadi perubahan visual yang mendadak seperti pandangan kabur atau berbayang dan disertai sakit kepala merupakan tanda pre-eklampsia.

4. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri yang abnormal terjadi apabila nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini kemungkinan karena apendisitis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, gastritis, penyakit kantung empedu, abrupsi plasenta, infeksi saluran kemih dan lain-lain.

5. Bengkak pada muka atau tangan.

Ibu hamil mengalami bengkak normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Bengkak dapat menunjukkan tanda bahaya apabila muncul pada muka dan tangan dan tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik lain. Hal ini dapat merupakan tanda anemia, gagal jantung atau pre eklampsia.

6. Bayi bergerak kurang dari seperti biasanya

Ibu hamil akan merasakan gerakan janin pada bulan ke 5 atau sebagian ibu merasakan gerakan janin lebih awal. Jika

bayi tidur maka gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3x dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

I. Komplikasi dan Penyulit Kehamilan

Kehamilan dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat yang dapat mengancam jiwa. Komplikasi dan penyulit tersebut adalah:

1. *Hiperemesis gravidarum* (HEG)

HEG merupakan mual muntah yang berlebihan atau tidak terkendali selama hamil yang menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, defisiensi nutrisi serta kehilangan berat badan (Hernawati & Kamila, 2017).

Mual dan muntah (*morning sickness*) adalah keluhan utama pada 70-80% selama kehamilan yang terjadi antara 4-8 minggu kehamilan dan terus berlanjut hingga 14-16 minggu kehamilan. Mual muntah selama kehamilan dapat berupa gejala yang ringan hingga berat. Kehilangan berat badan, dehidrasi, asidosis akibat gizi buruk, alkalosis akibat dari muntah-muntah, hipokalemia, kelemahan otot, kelainan elektrokardiografi dan gangguan psikologis dapat terjadi. Komplikasi yang dapat mengancam nyawa meliputi ruptur esofagus yang disebabkan muntah-muntah berat, *Wernicke's*

encephalopathy (diploia, nystagmus, disorientasi, kejang, koma), perdarahan retina, kerusakan ginjal, pneumomediastinum spontan, IUGR dan kematian janin (Munthe, et al., 2019).

2. Anemia kehamilan

Anemia adalah keadaan dimana jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam darah berada dibawah normal (Hernawati & Kamila, 2017)

Menurut (Munthe, et al., 2019) penyulit yang dapat timbul akibat anemia adalah: keguguran (abortus), kelahiran prematur, persalinan yang lama akibat kelelahan otot rahim di dalam berkontraksi (inersia uteri), perdarahan pasca melahirkan karena tidak adanya kontraksi otot rahim, syok, infeksi baik saat bersalin maupun pasca bersalin serta anemia yang berat. Anemia dalam kehamilan terjadi jika kadar haemoglobin dibawah 11 gr % pada TM I dan III atau kadar <10,5 gr % pada TM II, beberapa penyebab anemia yaitu:

- a) Zat besi yang masuk melalui makanan tidak mencukupi kebutuhan.
- b) Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi, terutama ibu hamil, masa tumbuh kembang pada remaja.
- c) Penyakit kronis seperti TBC dan infeksi lainnya.

- d) Perdarahan yang disebabkan oleh infeksi cacing tambang, malaria, haid yang berlebihan dan melahirkan.

Faktor yang mempengaruhi kejadian anemia pada ibu hamil, yaitu:

- a) Umur

Ibu hamil yang berumur < 20 tahun dan > 35 tahun yaitu 74,1% menderita anemia dan ibu hamil yang berumur 20-35 tahun yaitu 50,5% menderita anemia.

- b) Paritas

Ibu hamil dengan paritas tinggi terdapat kecenderungan bahwa semakin banyak jumlah kelahiran maka akan semakin tinggi angka kejadian anemia.

- c) Kurang Energi Kronik (KEK)

Timbulnya masalah gizi pada ibu hamil, seperti kejadian KEK, tidak terlepas dari keadaan sosial, ekonomi, dan bio sosial dari ibu hamil dan keluarganya seperti tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, konsumsi pangan, paritas dan sebagainya. Ibu hamil KEK adalah ibu hamil yang mempunyai ukuran LILA <23,5 cm.

- d) Infeksi dan penyakit zat besi

Merupakan unsur penting dalam mempertahankan daya tahan tubuh agar tidak mudah terserang penyakit.

e) Jarak kehamilan

Pada ibu hamil dengan jarak kehamilan yang terlalu dekat berisiko terjadinya anemia dalam kehamilan, karena cadangan zat besi ibu hamil berkurang untuk keperluan janin yang dikandungnya.

3. Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram (Hernawati & Kamila, 2017).

Menurut (Saifuddin, et al., 2014) abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan. Menurut kejadiannya, abortus dibedakan menjadi 2 yaitu:

- a) Abortus spontan, terjadi secara alamiah tanpa intervensi luar (buatan) untuk mengakhiri kehamilan tersebut.
- b) Abortus buatan, terjadi akibat intervensi tertentu yang bertujuan untuk mengakhiri proses kehamilan.

Masalah yang ditimbulkan dari abortus adalah: Perdarahan bercak hingga derajat sedang pada kehamilan muda serta

perdarahan masif atau hebat pada kehamilan muda. Abortus terbagi menjadi beberapa macam, yaitu:

a) Abortus imminens

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017) abortus imminens adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan kurang dari 20 minggu tanpa adanya tanda-tanda dilatasi serviks yang meningkat.

Terjadi perdarahan bercak yang menunjukkan ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan. Dalam kondisi seperti ini, kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan (Saifuddin, et al., 2014).

b) Abortus insipiens

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017) adalah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dengan adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat tetapi hasil konsepsi masih berada dalam uterus.

Perdarahan ringan hingga sedang pada kehamilan muda di mana hasil konsepsi masih berada dalam kavum uteri. Kondisi ini menunjukkan proses abortus sedang berlangsung dan akan berlanjut menjadi abortus komplit maupun inkomplit (Saifuddin, et al., 2014).

c) Abortus inkomplitus

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017) adalah peristiwa pengeluaran hasil konsepsi melalui kanalis servikalis pada kehamilan sebelum 20 minggu, dengan masih terdapat sisa yang tertinggal didalam uterus.

d) Abortus komplitus

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017) adalah terjadinya pengeluaran lengkap seluruh jaringan konsepsi sebelum usia kehamilan 20 minggu.

e) Missed abortion

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017) adalah kematian janin sebelum 20 minggu, tetapi tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

f) Abortus infeksiosa

Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai dengan komplikasi infeksi. Adanya penyebaran kuman atau toksin ke dalam sirkulasi dan kavum peritoneum dapat menimbulkan septicemia, sepsis atau peritonitis (Saifuddin, et al., 2014).

g) Abortus tidak aman

Upaya untuk terminasi kehamilan muda dimana pelaksana tindakan tersebut tidak mempunyai cukup keahlian dan prosedur standar yang aman sehingga dapat

membahayakan keselamatan jiwa pasien (Saifuddin, et al., 2014).

4. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implanasi terjadi diluar rongga uterus, tuba fallopii merupakan tempat tersering untuk terjadinya tempat implanasi pada kehamilan ini. Sebagian besar kehamilan ektopik berlokasi di tuba (Hernawati & Kamila, 2017).

Menurut (Saifuddin, et al., 2014) kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau rupture apabila massa kehamilan berkembang melebihi kapasitas ruang implanasi, peristiwa ini disebut dengan kehamilan ektopik terganggu (KET). Masalah yang ditimbulkan adalah perdarahan pada kehamilan muda disertai syok dan anemia yang tidak sebanding dengan jumlah perdarahan yang keluar.

5. Mola Hidatidosa

Mola hidatidosa adalah suatu kehamilan yang berkembang tidak wajar dimana tidak ditemukan janin dan hampir seluruh vili khorialis mengalami perubahan berupa degenerasi hidropik (gelembung-gelembung putih, tembus pandang, berisi cairan jernih dengan ukuran bervariasi dari beberapa millimeter samap 1 atau 2 cm) (Hernawati & Kamila, 2017).

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), masalah yang dapat timbul adalah :

- a) Perdarahan pada kehamilan muda yang disertai dengan gejala mirip pre-eklampsia
- b) Risiko tinggi untuk terjadi keganasan (koriokarsinoma)

6. Kehamilan dengan Hipertensi

Hipertensi gestasional adalah tekanan darah tinggi yang terjadi saat hamil. Ibu hamil yang sudah menderita tekanan darah tinggi (140/90 mmHg) sebelum hamil atau sebelum kehamilan 20 minggu disebut dengan hipertensi kronis (Munthe, et al., 2019).

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), masalah yang dapat ditimbulkan adalah:

- a) Nyeri kepala berat dan penglihatan kabur.
- b) Wanita hamil menderita kejang atau tidak sadarkan diri

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017) penyebab utamanya adalah:

- a) Hipertensi esensial

Adalah kondisi permanen meningkatnya tekanan darah ibu hamil tanpa ada penyebabnya. Terkadang keadaan ini dihubungkan dengan penyakit ginjal, penyempitan aorta pada saat kehamilan.

b) Hipertensi karena kehamilan

Hipertensi ini muncul dan diperberat karena kehamilan.

7. Preeklampsia Ringan

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017) preeklampsia ringan adalah suatu sindroma spesifik kehamilan dengan menurunnya perfusi organ yang berakibat terjadinya vasopasme pembuluh darah dan aktivasi endotel. Diagnosis hipertensi ringan ditegakkan berdasarkan timbulnya hipertensi disertai proteinuria dan edema setelah kehamilan 20 minggu.

8. Eklampsia

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017) eklampsia merupakan kasus akut pada penderita pre-eklampsia yang disertai dengan kejang menyeluruh dan koma. Eklampsia post partum umumnya hanya terjadi dalam 24 jam pertama setelah persalinan.

Kejang bersifat grand mal atau tonik klonik generalisata dan mungkin timbul sebelum, selama atau setelah persalinan.

Eklampsia paling sering terjadi pada trimester akhir dan menjadi sering mendekati aterm. Pada umumnya kejang dimulai dari makin memburuknya pre-eklampsia dan terjadinya gejala nyeri kepala daerah frontal, gangguan

penglihatan, mual, nyeri epigastrium dan hiperrefleksia (Munthe, et al., 2019).

9. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari tempat implanasinya yang normal pada lapisan desidua endometrium sebelum waktunya (Hernawati & Kamila, 2017).

Definisi solusio plasenta terjadi pada kehamilan dengan masa gestasi di atas 22 minggu atau berat janin di atas 500 gram. Proses solusio plasenta dimulai dengan terjadinya perdarahan dalam desidua basalis yang menyebabkan hematoma retroplasenter. Hematoma dapat semakin membesar ke arah pinggir plasenta sehingga jika amniokhorion sampai terlepas, perdarahan akan keluar melalui ostium uteri (perdarahan keluar), sebaliknya apabila amniokhorion tidak terlepas, perdarahan tertampung dalam uterus (perdarahan tersembunyi) (Saifuddin, et al., 2014)

10. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplanasi pada segmen bawah rahim sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Penyebabnya belum diketahui secara pasti (Hernawati & Kamila, 2017).

Gejala perdarahan awal plasenta previa, pada umumnya hanya berupa perdarahan bercak atau ringan dan umumnya berhenti secara spontan. Gejala tersebut, kadang-kadang terjadi sewaktu bangun tidur. Tidak jarang, perdarahan pervaginam baru terjadi pada saat inpartu. Jumlah perdarahan yang terjadi sangat tergantung dari jenis plasenta previa (Saifuddin, et al., 2014).

Menurut (Munthe, et al., 2019), klasifikasi plasenta previa yaitu:

- a) Plasenta previa totalis atau komplit adalah plasenta yang menutupi seluruh ostium uteri internum.
- b) Plasenta previa parsialis adalah plasenta yang menutupi sebagian ostium uteri internum.
- c) Plasenta previa marginalis adalah plasenta yang tepinya berada pada pinggir ostium uteri internum.
- d) Plasenta letak rendah, yang berarti bahwa plasenta yang berimplanasi pada segmen bawah rahim yang sedemikian rupa sehingga tepi bawahnya berada pada jarak lebih kurang 2 cm dari ostium uteri internum

11. IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*)

IUGR disebut juga dengan pertumbuhan janin terhambat (PJT). Janin yang mengalami pertumbuhan yang terhambat adalah janin yang mengalami kegagalan dalam mencapai

berat atau ukuran standart yang sesuai dengan usia kehamilannya (Hernawati & Kamila, 2017).

12. Persalinan premature

Persalinan preterm atau partus premature adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20-36 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram (Hernawati & Kamila, 2017).

13. Persalinan Postmature

Kehamilan postterm/postmatur disebut juga kehamilan serotinus, kehamilan lewat bulan, *postdate*, atau pasca maturitas. Persalinan postmatur adalah persalinan dengan umur kehamilan lebih dari 42 minggu (Hernawati & Kamila, 2017).

14. Kehamilan Ganda

Kehamilan ganda atau kembar adalah kehamilan yang terdapat 2 atau lebih embrio atau janin sekaligus. Kehamilan ganda terjadi apabila dua atau lebih ovum dilepaskan dan dibuahi atau apabila ovum yang dibuahi melakukan pembelahan secara dini sehingga membentuk dua embrio yang sama (Hernawati & Kamila, 2017).

15. Kelainan Air Ketuban

a) Oligohidramnion

Adalah suatu keadaan dimana jumlah air ketuban kurang dari normal, yaitu 500 cc.

b) Polihidramnion

Adalah suatu keadaan dimana jumlah air ketuban melebihi 2 liter.

c) Ketuban Pecah Dini (KPD)

KPD adalah pecahnya selaput janin sebelum terdapat tanda persalinan. KPD saat preterm terjadi pada usia <37 minggu sedangkan KPD memanjang merupakan KPD selama >24 jam yang berhubungan dengan peningkatan risiko infeksi intraamnion (Hernawati & Kamila, 2017).

16. Kelainan Letak

a) Letak sungsang

Adalah letak memanjang dengan bokong sebagai bagian yang terendah (presentasi bokong).

b) Letak lintang

Adalah apabila sumbu memanjang, janin menyilang, sumbu memanjang ibu secara tegak lurus atau mendekati 90° dan biasanya punggung merupakan bagian terendah janin.

(Hernawati & Kamila, 2017).

17. Kehamilan disertai Penyakit

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017), kehamilan dapat disertai dengan penyakit:

a) TBC Paru (*Tuberculosis* Paru)

Dengan manifestasi klinis yaitu batuk-batuk yang lama, badan terasa lemah, nafsu makan berkurang, berat badan menurun, kadang-kadang ada batuk darah, dan sakit didada. TBC paru tidak mempengaruhi proses kehamilan.

b) Penyakit jantung

Penyakit jantung terbanyak disebabkan oleh demam reumatik dan biasanya disebabkan oleh kelainan jantung kongenital dan penyakit otot jantung. Penyakit jantung pada wanita hamil merupakan sebab kematian yang tinggi.

c) Penyakit asma

Asma bronkial merupakan salah satu penyakit saluran nafas yang sering dijumpai pada kehamilan dan persalinan. Pengaruh asma pada ibu dan janin sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen atau hipoksia.

d) Penyakit ginjal

Kehamilan dengan kelainan ginjal kronis merupakan kehamilan dengan risiko tinggi karena kehamilan sendiri bisa menyebabkan kelainan-kelainan pada ginjal seperti infeksi saluran kemih, hipertensi dan sebagainya.

e) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut adalah kemunduran yang cepat dari kemampuan ginjal dalam membersihkan darah dan bahan-bahan racun, yang menyebabkan penimbunan limbah metabolik dalam darah (misalnya urea).

f) Penyakit DM

DM pada kehamilan adalah intoleransi karbohidrat ringan (toleransi glukosa terganggu) maupun berat, terjadi atau diketahui pertama kali saat kehamilan berlangsung.

J. Ketidaknyamanan pada Kehamilan

Menurut (Munthe, et al., 2019), ketidaknyamanan dalam kehamilan yaitu:

1. TM I

a) Mual Muntah

Penyebab pasti *morning sickness* belum diketahui dengan jelas-jelas dan dianggap sebagai masalah multifaktorial.

b) Hipersalivasi

Keadaan ini dihubungkan dengan munculnya mual muntah pada TM pertama. Untuk mengatasinya adalah dengan gosok gigi, berkumur atau mengkonsumsi permen yang mengandung mint.

c) Pusing

Penyebab pastinya belum diketahui namun kuat dugaan disebabkan oleh hormon progesteron yang memicu melebarnya pembuluh darah dan membuat ibu merasa pusing.

d) Mudah lelah

Penyebab pastinya belum diketahui, namun ada teori yang muncul menyebutkan bahwa hal tersebut diakibatkan oleh penurunan drastis laju metabolisme dasar pada awal kehamilan. Selain itu, peningkatan progesteron memiliki efek menyebabkan rasa kantuk.

e) *Heartburn*

Hal ini disebabkan oleh peningkatan hormon progesteron, estrogen dan *relaxing* yang mengakibatkan relaksasi otot-otot dan organ termasuk pencernaan. Hal tersebut menurunkan ritme dan motilitas lambung serta penurunan tekanan sfingter esofagus bawah akibatnya

makanan yang masuk cenderung lambat dicerna dan akan menumpuk.

f) Sering kencing

Dalam usia gestasi 7 minggu, ukuran ginjal bertambah sekitar 1 cm dan juga terjadi pada saluran kemih bagian bawah. Peningkatan estrogen dan progesteron menyebabkan mukosa bladder terjadi peningkatan jumlah aliran darah.

g) Konstipasi

Pada awal kehamilan, konstipasi terjadi akibat peningkatan produksi progesteron yang menyebabkan kerja otot polos menurun, termasuk di sistem pencernaan.

2. TM II

a) Pusing

Pusing merupakan timbulnya perasaan melayang karena terjadi peningkatan volume plasma darah yang mengalami peningkatan hingga 50%. Peningkatan jumlah sel darah merah akan mempengaruhi kadar haemoglobin darah, sehingga jika peningkatan volume dan sel darah merah tidak diimbangi dengan kadar haemoglobin yang cukup maka akan mengakibatkan terjadinya anemia.

b) Sering berkemih

Tertekannya kandung kemih oleh volume uterus yang semakin bertambah menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang akibat daya tampung kandung kemih berkurang.

c) Nyeri perut bagian bawah

Dialami oleh 10-30% wanita hamil pada TM I atau memasuki TM II. Hal ini disebabkan karena tertariknya ligamentum, sehingga menimbulkan nyeri seperti kram ringan dan atau terasa seperti tusukan yang akan lebih terasa karena gerakan yang tiba-tiba dibagian perut bawah.

d) Nyeri Punggung

Dialami oleh 20-25% wanita hamil mulai dari usia 12 minggu dan akan meningkat pada usia kehamilan 24 minggu hingga menjelang persalinan. Nyeri ini diakibatkan oleh pengaruh aliran darah vena kearah lumbal sebagai peralihan cairan dari intraseluler kearah ekstraseluler akibat dari aktivitas yang dilakukan ibu.

e) Flek kecoklatan pada wajah dan sikatrik

Sikatrik atau *stretch marck-striae* merupakan garis terang atau gelap kemerahan yang biasa timbul pada bagian payudara, betis, perut dan bokong pada waktu

kehamilan. Pada kehamilan multigravida, striae kemerahan tersebut sering disertai garis-garis putih. Terdapat garis pigmentasi dari simpisis pubis sampai kebagian atas fundus ditengah garis tubuh. Pada kehamilan primigravida garis terlihat pada bulan ketiga dan terus memanjang seiring dengan bertambahnya tinggi fundus. Pada multigravida, keseluruhan garis sering kali muncul sebelum bulan ketiga kehamilan.

f) Sekret vagina berlebihan

Peningkatan cairan serviks selama kehamilan karena pengaruh peningkatan vaskularisasi dan hiperemia pada bagian serviks vagina dan perineum. Hal ini menyebabkan terjadinya pengentalan mukosa, jaringan ikat melonggar dan sel-sel otot polos mengalami hipertrofi.

g) Konstipasi

Konstipasi terjadi akibat peningkatan produksi progesteron yang menyebabkan kinerja otot polos menurun.

3. TM III

a) Sering kencing

Menjelang akhir kehamilan, presentasi terendah janin sering ditemukan berada di PAP sehingga menyebabkan

dasar kandung kemih terdorong ke depan dan ke atas mengubah permukaan yang semua konveks menjadi konkaf akibat tekanan yang terjadi.

b) Varises dan wasir

Kelemahan katup vena pada kehamilan karena tingginya kadar progesteron dan estrogen sehingga aliran darah balik menuju jantung melemah dan dipaksa bekerja lebih keras untuk memompa darah. Karenanya, varises vena banyak terjadi pada tungkai, vulva dan rektum.

c) Sesak nafas

Hal ini disebabkan karena peningkatan ventilasi menit pernapasan dan beban pernapasan yang meningkat dikarenakan rahim yang membesar sesuai usia kehamilan sehingga meningkatkan kinerja sistem pernafasan. Selain itu, juga dapat terjadi karena adanya perubahan pada volume paru yang terjadi akibat perubahan anatomi toraks selama kehamilan.

d) Bengkak dan kram pada kaki

Bengkak pada kaki terjadi karena penumpukan atau retensi cairan pada kaki. Hal ini dikarenakan tekanan uterus yang semakin meningkat dan mempengaruhi sirkulasi cairan. Sedangkan kram pada kaki disebabkan karena adanya gangguan aliran atau sirkulasi darah pada

pembuluh darah panggul yang disebabkan karena tertekannya pembuluh darah tersebut oleh uterus yang semakin membesar pada kehamilan lanjut.

e) Gangguan tidur dan mudah lelah

Gangguan tidur atau sering lelah disebabkan oleh nokturia (sering berkemih di malam hari), terbangun di malam hari dan mengganggu tidur yang nyenyak.

f) Nyeri perut bawah

Hal ini disebabkan karena tertariknya ligamentum sehingga menimbulkan nyeri seperti kram ringan dan atau terasa seperti tusukan yang akan lebih terasa jika melakukan gerakan yang tiba-tiba.

g) *Heartburn*

Disebabkan oleh peningkatan hormon progesteron, estrogen, *relaxing* yang menyebabkan relaksasi otot-otot dan organ termasuk pencernaan.

K. Diagnosis Kehamilan

Diagnosa kehamilan ditegakkan berdasarkan ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan. Tanda kehamilan ditentukan dengan melakukan anamnesa (Tanya jawab), pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium (Munthe, et al., 2019).

Menurut (Sutanto & Fitriana, n.d.), secara garis besar alasan dilakukannya tes kehamilan adalah untuk memastikan kehamilan

setelah menjalani perawatan medis (termasuk pengobatan fertilitas) dan untuk memastikan kehamilan normal.

1. Pemeriksaan laboratorium

a) Tes darah

Tes darah dapat mendeteksi hCG lebih awal daripada tes urine, tes darah dapat mendeteksi kehamilan sekitar 6 sampai 8 hari setelah ovulasi. Pemeriksaan darah dilakukan untuk mengetahui beberapa hal, yaitu:

- 1) Kadar zat besi dalam darah
- 2) Golongan darah dan faktor rhesus ibu
- 3) Pemeriksaan TORCH
- 4) Penyakit lainnya, seperti HIV AIDS, Syphilis, HIV.

b) Tes Urine

Tes urine biasanya lebih akurat bila dilakukan sekitar 14 hari setelah ovulasi atau sekitar saat seorang wanita tidak mendapatkan haid. Cara kerja alat ini adalah dengan mendeteksi adanya hCG dalam urine ibu.

2. Pemeriksaan USG

Yang dapat diperiksa dengan USG antara lain: Konfirmasi kehamilan, Mengetahui usia kehamilan, Menilai pertumbuhan dan perkembangan bayi dalam kandungan, Ancaman keguguran, Masalah dengan plasenta, Kehamilan ganda atau kembar, Mengukur cairan ketuban, Kelainan letak

janin, Kelainan pada organ lain, Kegagalan pertumbuhan janin.

L. Pelayanan Kehamilan

1. *Antenatal Care*

Pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil. Sehingga mampu menghadapi persalinan, kala nifas, persiapan pemberian ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar (Munthe, et al., 2019).

Menurut (Saifuddin, et al., 2016), asuhan antenatal adalah usaha preventif program pelayanan kesehatan obstetri untuk mengoptimalkan luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu:

- a) Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan
- b) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya.
- c) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya.
- d) Mengidentifikasi dan menatalaksana kehamilan risiko tinggi.

- e) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.
- f) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu dan bayi.

2. Kunjungan Antenatal

Menurut (Nurjasmi, 2020) pelayanan ANC pada ibu hamil dilakukan minimal sebanyak 6 kali kunjungan, yaitu :

- a) 2 kali kunjungan pada TM I, pemeriksaan dokter 1 kali pada TM I untuk skrinning kesehatan ibu seutuhnya.
- b) 1 kali kunjungan pada TM II.
- c) 3 kali kunjungan pada TM III, pemeriksaan dokter 1 kali pada TM III untuk mendeteksi dini komplikasi kehamilan/mempersiapkan rujukan persalinan bila perlu.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014, pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan yang diberikan secara komprehensif dan berkualitas yang terdiri dari 10 T yaitu:

- a) Timbang BB dan ukur TB untuk mendeteksi apakah ada gangguan pertumbuhan pada janin,
- b) Ukur tekanan darah untuk mendeteksi adanya risiko hipertensi pada kehamilan,
- c) Nilai status gizi (ukur LILA) untuk skrinning awal ibu hamil yang diduga berisiko mengalami KEK,

- d) Ukur TFU untuk mendeteksi pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan,
- e) Tentukan presentasi janin serta DJJ untuk mengetahui letak janin dan kemungkinan adanya gawat janin oleh karena DJJ lambat atau cepat lebih dari normal,
- f) Skrinning status imunisasi tetanus serta pemberian imunisasi TT (*Tetanus Toksoid*) jika diperlukan untuk mencegah potensi terjadinya tetanus neonatorum,
- g) Tablet tambah darah (Tablet Fe) sebanyak 90 tablet yang diberikan sejak kontak pertama kali dengan tenaga kesehatan,
- h) Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus). Pemeriksaan laboratorium rutin terdiri dari pemeriksaan golongan darah, kadar Hb, protein urine, kadar gula darah, pemeriksaan darah malaria, pemeriksaan tes sifilis, pemeriksaan HIV, pemeriksaan BTA. Sementara pemeriksaan laboratorium khusus dilakukan apabila terdapat indikasi yang mengharuskan ibu hamil melakukan pemeriksaan laboratorium khusus,
- i) Tatalaksana kasus, berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium,
- j) Temu wicara, yang meliputi kesehatan ibu hamil, PHBS, peran suami, keluarga atau pun kerabat terhadap

kehamilan serta perencanaan persalinan, tanda bahaya kehamilan, persalinan, nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi yang mungkin terjadi, gizi seimbang, penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk dilakukan tes HIV, IMD dan ASI eksklusif, KB pasca melahirkan, imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (brain booster).

M. Kartu Skor Puji Rochyati (KSPR)

Menurut (Saifuddin, et al., 2016), tujuan pendekatan risiko pada ibu hamil adalah:

1. Meningkatkan mutu pelayanan dimulai pengenalan dini faktor risiko pada semua ibu hamil.
2. Memberikan perhatian lebih khusus dan intensif kepada ibu risiko tinggi yang mempunyai kemungkinan lebih besar terjadi komplikasi persalinan yang menyebabkan kematian, kecacatan, ketidakpuasan, ketidaknyamanan pada ibu /bayi baru lahir.
3. Mengembangkan perilaku pencegahan proaktif antisipatif dengan dasar paradigma sehat melalui: pemberdayaan ibu hamil, suami,dan keluarga agar ada kesiapan mental, biaya dan transportasi.

4. Melakukan peningkatan rujukan terencana melalui upaya pengendalian/pencegahan proaktif terhadap terjadinya rujukan estafet dan rujukan terlambat.

Kartu skor merupakan alat sederhana dengan format:

1. Daftar faktor risiko (FR) dengan gambar yang cukup komunikatif, mudah dimengerti, diterima, digunakan oleh ibu hamil, suami, keluarga, dan masyarakat pedesaan.

2. Sistem skoring dengan nilai skor untuk tiap FR dan kode warna untuk pemetaan ibu risiko tinggi

Kelompok FR, berdasarkan kapan ditemukan, cara pengenalan dan sifat risikonya, dikelompokkan menjadi 3, yaitu:

1. Kelompok FR I: ada potensi gawat obstetrik dengan 7 terlalu dan 3 pernah. 7 terlalu adalah primi muda, primi tua, primi tua sekunder, umur ≥ 35 tahun, grande multi, anak terkecil < 2 tahun, tinggi badan ≤ 145 cm dan 3 pernah yaitu riwayat obstetri jelek, persalinan lalu mengalami perdarahan pascapersalinan dengan infus/transfusi, uri manual, tindakan pervaginam, bekas operasi sesar. Ibu dengan FR I selama hamil sehat membutuhkan KIE pada tiap kontak berulang mengenai kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan.
2. Kelompok FR II: ada gawat obstetri/penyakit ibu, preeklampsia ringan, hamil kembar, hidramnion, hamil serotinus, IUFD, letak sungsang dan letak lintang. Ibu dengan

FR II, kebanyakan timbul pada usia kehamilan lebih lanjut, faktor risiko terjadi komplikasi persalinan lebih besar, membutuhkan KIE berulang kali agar klien secepat melakukan rujukan terencana ke pusat rujukan.

3. Kelompok FR III: ada gawat darurat obstetri seperti perdarahan antepartum dan pre-eklampsia berat/eclampsia.

Ibu dengan FR III harus segera dirujuk tepat waktu ke RS dalam upaya menyelamatkan ibu/bayi baru lahir.

Sistem skoring dilakukan berdasarkan analisa statistik epidemiologi didapatkan skor 2 sebagai skor awal untuk semua umur dan paritas. Skor 8 untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, pre-eklampsia berat/eclampsia, perdarahan antepartum, sedangkan skor 4 untuk faktor risiko lain. Kelompok risiko berdasarkan jumlah skor pada tiap kontak, ada 3 kelompok risiko, yaitu:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR), jumlah skor 2 dengan kode warna hijau, selama hamil tanpa FR.
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), jumlah skor 6-10 dengan kode warna kuning dapat dengan FR tunggal dari kelompok FR I, II atau III dan dengan FR ganda 2 dari kelompok FR I dan II.
3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), jumlah skor ≥ 12 kode warna merah, ibu hamil dengan FR ganda 2 / 3 dan lebih.

N. Pelayanan Kehamilan pada Masa COVID-19

1. Pemeriksaan kehamilan pertama kali dibutuhkan untuk skrinning faktor risiko (termasuk Program Pencegahan Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak / PPIA). Oleh karena itu, dianjurkan pemeriksaannya dilakukan oleh dokter di fasilitas kesehatan dengan perjanjian agar ibu tidak menunggu lama. Apabila ibu hamil datang ke bidan tetap dilakukan pelayanan ANC, kemudian ibu hamil dirujuk untuk pemeriksaan oleh dokter.
2. Dilakukan anamnesis dan pemeriksaan skrinning kemungkinan ibu menderita *Tuberculosis*.
3. Pada daerah endemis malaria, seluruh ibu hamil pada pemeriksaamn pertama dilakukan pemeriksaan RDT malaria dan diberikan kelambu berinsektisida.
4. Jika ada tanda komplikasi atau penyulit maka ibu hamil dirujuk untuk pemeriksaan dan tata laksana lebih lanjut.
5. Pemeriksaan rutin (USG) untuk sementara dapat ditunda pada ibu dengan PDP atau terkonfirmasi COVID-19 sampai ada rekomendasi dari episode isolasinya berakhir. Pemantauan selanjutnya dianggap sebagai kasus risiko tinggi.
6. Ibu hamil diminta mempelajari buku KIA untuk diterapkan dalam kehidupan sehari-hari termasuk mengenali tanda bahaya pada kehamilan. Jika ada keluhan atau tanda bahaya,

ibu hamil harus segera memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan.

7. Pengisian stiker P4K dipandu bidan / perawat / dokter melalui media komunikasi.
8. Kelas ibu hamil ditunda pelaksanaannya di masa pandemi COVID-19 atau dapat mengikuti kelas ibu secara online.
9. Tunda pemeriksaan pada kehamilan TM II atau pemeriksaan antenatal dapat dilakukan melalui telekonsultasi klinis, kecuali dijumpai keluhan atau tanda bahaya.
10. Ibu hamil yang pada kunjungan pertama terdeteksi memiliki faktor risiko atau penyulit harus memeriksakan kehamilannya pada trimester kedua. Jika ibu tidak datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, maka tenaga kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk melakukan pemeriksaan ANC, pemantauan dan tatalaksana faktor penyulit. Jika diperlukan lakukan rujukan ibu hamil ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan dan tatalaksana lebih lanjut, termasuk pada ibu hamil dengan HIV, Sifilis dan Hepatitis B.
11. Pemeriksaan kehamilan trimester ketiga harus dilakukan dengan tujuan utama untuk menyiapkan proses persalinan. Dilaksanakan 1 bulan sebelum taksiran persalinan.
12. Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko/tanda bahaya seperti

mual-muntah hebat, perdarahan banyak, gerakan janin berkurang, ketuban pecah, nyeri kepala hebat, tekanan darah tinggi, kontraksi berulang, dan kejang. Ibu hamil dengan penyakit diabetes mellitus gestasional, pre-eklampsia berat, pertumbuhan janin terhambat, dan ibu hamil dengan penyakit penyerta lainnya atau riwayat obstetri buruk maka periksakan diri ke tenaga kesehatan.

13. Pastikan gerak janin dirasakan mulai usia kehamilan 20 minggu. Setelah usia kehamilan 28 minggu, hitunglah gerakan janin secara mandiri (minimal 10 gerakan per 2 jam)
14. Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap mempraktikkan aktivitas fisik berupa senam ibu hamil/yoga/pilates/peregangan secara mandiri di rumah agar ibu tetap bugar dan sehat.
15. Ibu hamil tetap minum tablet tambah darah sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
16. Ibu hamil dengan status PDP atau terkonfirmasi positif COVID-19 tidak diberikan tablet tambah darah karena akan memperburuk komplikasi yang diakibatkan COVID-19.
17. Antenatal care untuk wanita hamil yang terkonfirmasi COVID-19 pasca perawatan, kunjungan antenatal selanjutnya dilakukan 14 hari setelah periode penyakit akut berakhir.

Periode 14 hari ini dapat dikurangi apabila pasien dinyatakan sembuh. Direkomendasikan dilakukan USG antenatal untuk pengawasan pertumbuhan janin, 14 hari setelah resolusi penyakit akut. Meskipun tidak ada bukti IUGR akibat COVID-19, didapatkan bahwa dua pertiga kehamilan dengan SARS disertai IUGR dan solusio plasenta terjadi pada kasus MERS, sehingga tindak lanjut USG diperlukan.

18. Jika ibu hamil datang di rumah sakit dengan gejala memburuk dan diduga/dikonfirmasi terinfeksi COVID-19, berlaku beberapa rekomendasi berikut: pembentukan tim multi-disiplin idealnya melibatkan konsultan dokter spesialis penyakit infeksi jika tersedia, dokter kandungan, bidan yang bertugas dan dokter anestesi yang bertanggung jawab untuk perawatan pasien sesegera mungkin setelah masuk. Diskusi dan kesimpulannya harus didiskusikan dengan ibu dan keluarga tersebut.

19. Konseling perjalanan untuk ibu hamil. Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan ke luar negeri dengan mengikuti anjuran perjalanan (travel advisory) yang dikeluarkan pemerintah. Dokter harus menanyakan riwayat perjalanan terutama dalam 14 hari terakhir dari daerah dengan penyebaran luas COVID-19.

(Kemenkes, 2020)

2.2.1 Persalinan

A. Konsep Persalinan

1. Pengertian Persalinan

a) Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui 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 yang berlangsung dalam 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, et al., 2014).

b) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan (setelah 37 minggu) atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan. Persalinan yang aman memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai keterampilan dan alat untuk memberikan pertolongan yang aman dan bersih (Munthe, et al., 2019).

2. Jenis-Jenis Persalinan

a) Partus spontan

Proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri berlangsung kurang dari 24 jam tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi (Munthe, et al., 2019).

b) Partus Buatan

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi Caesar (Munthe, et al., 2019).

c) Persalinan Anjuran

Proses persalinan tidak berlangsung secara alami namun terjadi setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin (Fitri, 2017).

Menurut (Fitri, 2017), persalinan berdasarkan umur kehamilan:

a) Abortus

- 1) Terhenti dan dikeluarkannya hasil konsepsi sebelum janin mampu hidup (viable) diluar kandungan.
- 2) Umur kehamilan dibawah 20 minggu.
- 3) Berat janin kurang dari 500 gram.

b) Partus prematurus/prematuritas

- 1) Partus dari hasil konsepsi pada kehamilan 20-36 minggu.
- 2) Janin dapat hidup tapi premature.
- 3) Berat janin antara 500-2500 gram.

c) Partus matures/aterm/cukup bulan

- 1) Partus antara umur kehamilan 37-42 minggu.
- 2) Janin matur
- 3) Berat badan diatas 2500 gram.

d) Partus postmaturus/partus serotinus

Partus melampaui usia kehamilan 42 minggu/partus yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir.

Pada janin terdapat tanda postmaturitas.

B. Teori-Teori Penyebab Persalinan

Sebab-sebab mulainya persalinan belum diketahui secara pasti.

Teori-teori penyebab persalinan, yaitu:

1. Penurunan kadar progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur 28 minggu kehamilan, terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu (Kurniarum, 2016).

2. Teori oksitosin

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan (Kurniarum, 2016).

3. Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan (Kurniarum, 2016).

4. Pengaruh janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan penting oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa karena tidak terbentuk hipotalamus. (Kurniarum, 2016).

5. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, diduga menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan. (Kurniarum, 2016).

6. Teori Iritasi Mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikalis (*fleksus Frankenhauser*). Bila ganglion ini ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus (Fitri, 2017).

C. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut (Kurniarum, 2016), tanda-tanda persalinan dibedakan menjadi:

1. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

a) Lightening

Beberapa minggu sebelum terjadinya persalinan, ibu merasa sesaknya berkurang, sukar untuk berjalan, dan sering terganggu oleh perasaan nyeri pada tubuh anggota bawah.

b) Pollikasuria

Pada kehamilan usia 9 bulan akhir, epigastrium kendor, fundus uteri letaknya lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam PAP. Keadaan ini menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing.

c) False labor

3 atau 4 minggu sebelum terjadinya persalinan, ibu akan diganggu oleh his pendahuluan (Braxton Hicks) yang bersifat: Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah; Tidak teratur; Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang; Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks.

d) Perubahan serviks

Pada kehamilan trimester III akhir, serviks menjadi lebih lembut, dan pada beberapa ibu telah terjadi pembukaan dan penipisan.

e) Energi Sport

Sebelum persalinan dimulai kira-kira 24-28 jam, beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.

f) Gastrointestinal Upsets

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

2. Tanda-tanda persalinan

Yang merupakan tanda pasti dari persalinan adalah:

- a) Timbulnya kontraksi uterus, yang bersifat:
 - 1) Nyeri melingkar dari punggung menjalar ke perut depan.
 - 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
 - 3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar
 - 4) Berpengaruh pada pendataran dan pembukaan serviks.

5) Makin beraktifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi

b) Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda permulaan.

c) Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Akibat dari pendataran dan pembukaan, lendir dari kanalis servikalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim.

d) Premature Rupture of Membran

Adalah keluarnya banyak cairan dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah jika pembukaan lengkap atau hampir lengkap.

D. Proses Persalinan

Menurut (Munthe, et al., 2019) tahap proses persalinan yaitu:

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Pada primigravida kala I bervariasi antara 13-14 jam sedangkan pada multigravida 6-8 jam. Pada kala I dibagi kedalam 2 fase yaitu:

a) Fase laten, pembukaan 0-3 cm berlangsung dalam 5-7 jam.

b) Fase aktif, berlangsung selama 7 jam dan dibagi atas 3 subfase:

1) Periode akselerasi: berlangsung 3 jam, pembukaan 3 menjadi 4 cm.

- 2) Periode dilatasi maksimal (steady): selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi: berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 menjadi 10 cm. Berdasarkan kurve Friedman, ditemukan perbedaan antara primigravida dan multigravida, yaitu:

- 1) Primi: pembukaan 1 cm/jam dan mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primi, OUI akan membuka terlebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis kemudian diikuti dengan membukanya OUE.
- 2) Multi: pembukaan 2 cm/jam, pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada multigravida OUI sudah sedikit membuka. OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang sama.

2. Kala II (Pengeluaran Janin)

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tanda dan gejala kala II persalinan adalah ibu merasakan dorongan ingin mengejan, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka dan adanya pengeluaran lendir dan darah, pada kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Pada waktu his kepala

janin mulai terlihat, dengan his mencedan yang terpinpin akan lahirlah kepala janin dengan diikuti seluruh badan janin. Kala II pada primipara 1½ - 2 jam dan pada multipara ½ - 1 jam.

3. Kala III (Lahirnya Plasenta)

Kala III dari persalinan dimulai setelah selesainya kelahiran bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Kala III berlangsung rata-rata antara 5-10 menit akan tetapi walaupun berlangsung lebih lama sedikit dari itu masih dianggap dalam batas normal.

4. Kala IV (Pengawasan)

Masa 1-2 jam setelah plasenta lahir dalam keadaan klinik atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya kala IV persalinan meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (puerperium) mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan.

E. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. *Power* (Kekuatan)

a) Kontraksi uterus

His, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament merupakan kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan. Pengaruh his adalah: effacement, serviks berdilatasi sehingga janin turun (Kurniarum, 2016).

Tabel 2.9
Perbedaan His Pendahuluan dan His Persalinan

His pendahuluan	His persalinan
Tidak teratur	Teratur
Tidak nyeri	Nyeri
Tidak pernah kuat	Tambah kuat, sering
Tidak ada pengaruh pada serviks	Berpengaruh pada pembukaan serviks

Sumber : (Kurniarum, 2016)

His yang sempurna akan membuat dinding korpus uteri yang terdiri atas otot-otot menjadi lebih tebal dan lebih pendek, sedangkan bagian bawah uterus dan serviks yang mengandung sedikit otot polos dan banyak jaringan kolagen akan tertarik hingga menjadi tipis dan membuka (Wiknjosastro, et al., 2018)

b) Tenaga mengejan dari ibu

- 1) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah tenaga yang mendorong anak keluar selain his, terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot dinding perut mengakibatkan peningkatan tekanan intra abdominal.
- 2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengejan ketika BAB tapi jauh lebih kuat lagi.
- 3) Saat kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perutnya dan menekan diafragmanya kebawah.
- 4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.

- 5) Tanpa tenaga mengejan ini anak tidak dapat lahir.
- 6) Tenaga mengejan ini juga melahirkan plasenta setelah plasenta lepas dari dinding rahim (Kurniarum, 2016).

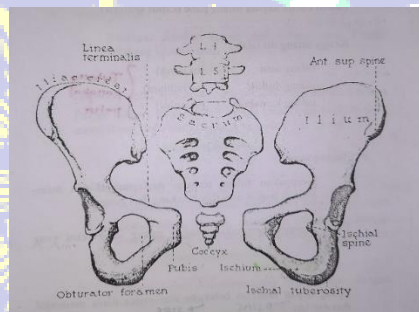
Dalam memimpin persalinan, penilaian kapasitas serviks untuk mendatar dan membuka tidak boleh diabaikan. Serviks harus lunak tidak ada bagian yang kaku. (Wiknjosastro, et al., 2018)

2. Passage (Jalan lahir)

- a) Bagian keras: tulang tulang panggul (rangka panggul)
 - 1) Tulang-tulang panggul terdiri atas os koksa disebelah depan dan samping, os sacrum dan os koksigis di sebelah belakang. Os koksa terdiri dari 3 bagian yaitu os ilium, os ischium, dan os pubis.
 - 2) Os ilium merupakan tulang terbesar dengan permukaan anterior berbentuk konkaf yang disebut fossa iliaka, bagian atasnya disebut krista iliaka. Ujung-ujungnya disebut spina iliakan anterior superior dan spina iliaka posterior superior.
 - 3) Os ischium adalah bagian terendah dari os koksa. Tonjolan di belakang disebut tuber iskhii (menyangga tubuh saat duduk).
 - 4) Os pubis terdiri dari ramus superior dan ramus inferior. Ramus superior os pubis berhubungan dengan os ilium, sedang ramus inferior kanan dan kiri membentuk arkus pubis. Ramus inferior berhubungan dengan os ischium kira-kira

pada 1/3 distal dari foramen obturator. Kedua os pubis bertemu dengan simfisis.

- 5) Sacrum berbentuk baji, terdiri atas 5 vertebra sakralis. Vertebra pertama paling besar, menghadap ke depan. Pinggir atas vertebra ini dikenal sebagai promontorium, merupakan suatu tanda penting dalam penilaian ukuran-ukuran panggul. Permukaan anterior sacrum berbentuk konkaf.
- 6) Os koksigis merupakan tulang kecil, terdiri atas 4 vertebra koksigis. (Wiknjosastro, et al., 2018)



Gambar 2.3
Tulang Panggul
Sumber: (Fitri, 2017)

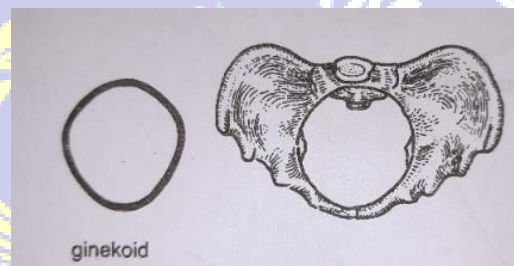
- b) Bagian lunak: otot-otot, jaringan- jaringan dan ligament-ligament
Tersusun atas segmen bawah uterus, serviks uteri, vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul serta perineum (merupakan daerah yang menutupi pintu bawah panggul (Kurniarum, 2016).

Terdapat 4 sendi panggul yaitu 2 artikulasio sakroiliaka (menghubungkan sacrum dengan ilium, memungkinkan gerakan terbatas ke depan dan ke belakang), simfisis pubis (terbentuk dari

hubungan 2 os pubis) dan artikulasio sakrokoksigeal (hubungan os sacrum dengan os koksigis). Dalam kehamilan dan persalinan artikulasio ini dapat bergeser sedikit dan lebih longgar. Pada disproporsi sefalopelvik, kelonggaran terkadang memungkinkan lahirnya janin pervaginam (Wiknjosastro, et al., 2018).

c) Jenis-jenis panggul menurut (Wiknjosastro, et al., 2018), yaitu:

- 1) Jenis ginekoid: ditemukan pada 45% wanita. Panjang diameter anteroposterior hampir sama dengan diameter transversa.



Gambar 2.4
Panggul Ginekoid

Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

- 2) Jenis android: bentuk PAP hampir segitiga. Walaupun diameter anteroposterior hampir sama panjangnya dengan diameter transversa, tetapi diameter transversa dekat dengan sacrum. Bagian dorsal dari PAP gepeng, bagian ventral menyempit ke muka. Ditemukan pada 15% wanita.

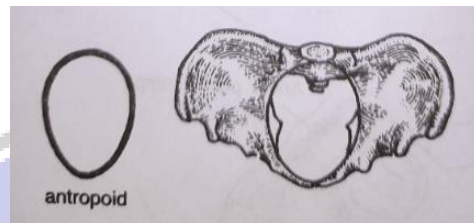


Gambar 2.5

Panggul Android

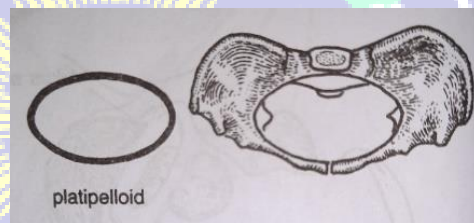
Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

- 3) Jenis anthropoid: ditemukan pada 35% wanita. Bentuk PAP agak lonjong seperti telur. Diameter anteroposterior lebih besar daripada diameter transversa.



Gambar 2.6
Panggul Antropoid
Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

- 4) Jenis platipelloid: ditemukan pada 5% wanita. Diameter transversa lebih besar daripada diameter anteroposterior.



Gambar 2.7
Panggul Platipelloid
Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

3. *Passenger* (janin, plasenta dan air ketuban)

Presentasi janin (presentasi kepala, bokong, bahu, muka, rangkap/missal bokong kaki), letak janin (memanjang, mengolok, lintang), posisi janin, variasi posisi kepala, presentasi dahi, presentasi muka, presentasi bokong, presentasi vertex (oksipito anterior), presentasi muka. Letak plasenta, besar dan luasnya, volume dan warna ketuban (Kurniarum, 2016).

4. *Positioning* (posisi ibu)

Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi (Kurniarum, 2016).

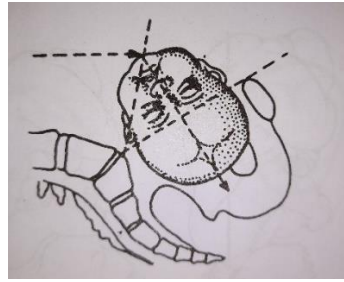
5. Psikologis

Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormon stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Seseorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena mempengaruhi persalinan dan kelahiran. (Kurniarum, 2016)

F. Mekanisme Persalinan

Menurut (Wiknjosastro, et al., 2018), mekanisme persalinan normal adalah :

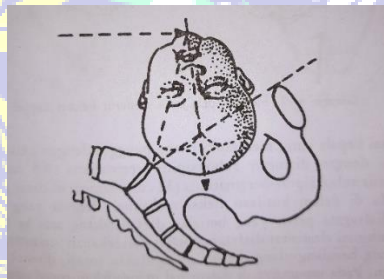
1. Hampir 96% janin berada dalam uterus dengan letak kepala dan ditemukan $\pm 58\%$ UUK terletak dikiri depan, $\pm 23\%$ di kanan depan, $\pm 11\%$ dikanan belakang, $\pm 8\%$ di kiri belakang. Keadaan ini disebabkan terisinya ruangan di sebelah kiri belakang oleh kolon sigmoid dan rectum.
2. Pada letak kepala bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Masuknya kepala melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklismus ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP.



Gambar 2.8
Sinklitismus

Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

Dapat pula kepala masuk dalam keadaan asinklitismus anterior menurut Naegele ialah apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan bidang PAP.



Gambar 2.9
Asinklitismus Anterior

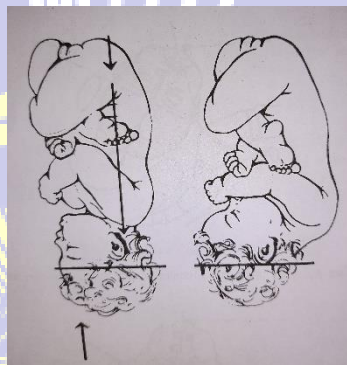
Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

Asinklitismus posterior menurut Litsman adalah sebaliknya dari asinklitismus anterior.



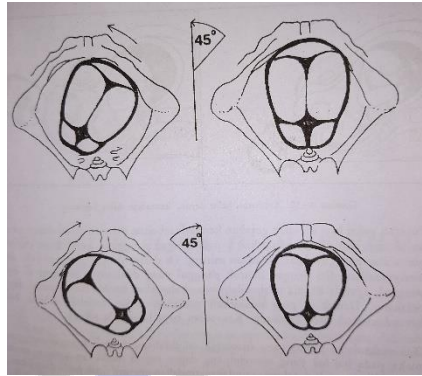
Gambar 2.10
Asinklitismus Posterior
Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

3. Keadaan asinklitismus anterior lebih menguntungkan daripada asinklitismus posterior karena ruangan pelvis di daerah anterior lebih luas dibandingkan dengan ruangan pelvis di daerah posterior.
4. Akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetrik dengan sumbu lebih mendekati suboksiput, maka tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala yang akan turun menyebabkan kepala mengadakan fleksi di dalam rongga panggul.



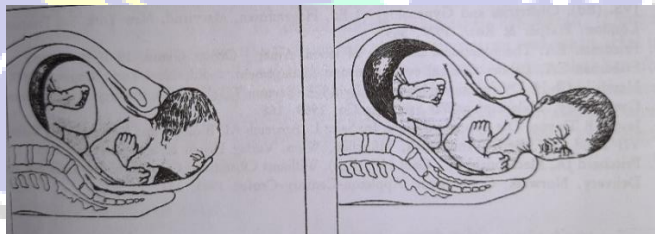
Gambar 2.11
 Fleksi Kepala Janin
 Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

Dengan fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil, yakni dengan diameter suboksipito-bregmatikus (9,5 cm) dan dengan sirkumferensia suboksipito-bregmatikus (32 cm). Sampai didasar panggul kepala janin berada di dalam keadaan fleksi maksimal. Akibat dari kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intrauterine disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi (putar paksi dalam). Pada umumnya UUK akan berputar kearah depan, sehingga berada dibawah simfisis.



Gambar 2.12
Putaran Paksi Dalam
Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

5. Dalam keadaan fisiologis sesudah kepala janin sampai di dasar panggul maka dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada tiap his vulva lebih membuka dan kepala janin akan nampak. Perineum menjadi lebar dan tipis, anus membuka tampak dinding rektum. Dengan kekuatan his dan mendedan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka dan akhirnya dagu. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi yang disebut putaran paksi luar.



Gambar 2.13
Gerakan Kepala Janin pada Defleksi dan Putaran Paksi Luar
Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

6. Bahu melintasi PAP dalam keadaan miring. Didalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, bahu akan berada dalam posisi depan belakang.

Demikian pula dilahirkan tronkanter depan terlebih dahulu, baru kemudian tronkanter belakang. Kemudian bayi lahir seluruhnya.



Gambar 2.14
Kelahiran Bahu Depan, kemudian Bahu Belakang
Sumber : (Wiknjosastro, et al., 2018)

G. Perubahan Fisiologis pada Persalinan

Menurut (Supriatiningsih, 2015), perubahan fisiologis yang terjadi pada saat proses persalinan adalah:

1. Tekanan Darah

Diantara kontraksi, terjadi sedikit peningkatan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik yang dapat disebabkan oleh beberapa faktor penyebab. Wanita yang memang mengalami hipertensi, risiko hipertensi pada saat persalinan akan meningkat.

2. Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur karena kecemasan dan aktivitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, kardiak output, pernafasan dan cairan yang hilang.

3. Suhu Tubuh

Karena peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh ibu akan sedikit meningkat terutama selama dan segera setelah persalinan. Batas normal peningkatan suhu tubuh ibu adalah $0,5^{\circ}\text{C}$ - 1°C .

4. Detak Jantung

Pada setiap kontraksi, sekitar 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskuler ibu. Hal ini menyebabkan curah jantung meningkat sebesar 10%-15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30%-50% pada tahap kedua persalinan.

5. Pernafasan

Sistem pernafasan ibu juga mengalami adaptasi, hal ini disebabkan peningkatan aktivitas fisik dan peningkatan pemakaian oksigen. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbondioksida menurun) pada tahap kedua persalinan.

6. Perubahan pada Ginjal

Selama persalinan ibu dapat mengalami kesulitan berkemih secara spontan akibat beberapa hal, yaitu: Edema jaringan akibat tekana bagian presentasi, Rasa tidak nyaman, Sedasi, Rasa malu.

7. Perubahan Gastrointestinal

Selama persalinan, motilitas dan absorpsi saluran cerna akan menurun dan waktu pengosongan lambung akan menjadi lambat.

Wanita sering kali merasa mual dan memuntahkan makan yang telah dikonsumsi. Mual dan sendawa juga terjadi sebagai respons refleksi terhadap dilatasi serviks lengkap ibu dapat mengalami diare pada awal persalinan. Penolong dapat meraba tinja yang keras atau tertahan pada rektum. Mual dan muntah biasa terjadi sampai akhir kala I.

8. Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

H. Perubahan Psikologis pada Persalinan

Menurut (Supriatiningsih, 2015), perubahan psikologis ibu saat proses persalinan meliputi:

1. Memperlihatkan ketakutan ataupun kecemasan
2. Mengajukan berbagai macam pertanyaan serta sangat waspada.
3. Memperlihatkan tingkah laku ketergantungan
4. Memperlihatkan tingkah laku malu, pesimis dan tidak berharga.
5. Memperlihatkan reaksi keras terhadap kontraksi ringan maupun pemeriksaan yang dilakukan penolong.
6. Menunjukkan ketegangan otot dalam derajat tinggi.
7. Tampak menuntut, tidak mempercayai orang lain, marah atau menolak terhadap tindakan dari penolong.
8. Menunjukkan kebutuhan yang kuat untuk mengontrol tindakan pemberi pertolongan persalinan.

9. Tampak “lepas kontrol” karena merasakan nyeri hebat.
10. Merasa diawasi (merasa tidak aman)
11. Merasa diperlakukan tidak hormat, merasa diabaikan.
12. Respon melawan dan menghindar yang disebabkan karena bahaya fisik, respon ketakutan, kecemasan.

I. Kebutuhan Ibu Bersalin

Menurut (Supriatiningsih, 2015), asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Kebutuhan ibu bersalin dapat meliputi:

1. Asuhan Fisik

Asuhan ini berorientasi kepada perawatan tubuh ibu selama proses persalinan, untuk menghindarkan kemungkinan infeksi. Adapun asuhan yang dapat diberikan yaitu:

a) Menjaga Kebersihan Diri

- 1) Menganjurkan ibu untuk membersihkan dan mengeringkan daerah kemaluannya setiap kali selesai BAB dan BAK.
- 2) Mandi untuk menjaga kesegaran ibu serta membuat ibu rileks.

b) Perawatan Mulut

Ibu yang sedang dalam masa persalinan biasanya mengalami bau mulut, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dalam masa persalinan ibu tidak mendapat rehidrasi yang cukup ditambah dengan tanpa adanya perawatan mulut.

c) Oksigen yang cukup

Sirkulasi udara dalam ruangan hendaknya diperhatikan dengan baik untuk meningkatkan kenyamanan ibu.

2. Kehadiran seorang pendamping

Keuntungan jika ada seorang pendamping disamping ibu, yaitu:

- a) Berkurangnya kebutuhan analgesia farmakologis dan epidural.
- b) Berkurangnya kelahiran instrumental
- c) Pembedahan Caesar menjadi berkurang.
- d) Skor apgar <7 lebih sedikit.
- e) Berkurangnya trauma perinatal.

Dukungan yang dapat diberikan oleh pendamping persalinan:

- a) Mengusap keringat
 - b) Menemani / membimbing jalan-jalan
 - c) Memberikan makan dan minum
 - d) Merubah posisi
 - e) Membantu memassase punggung ibu hamil.
3. Pengurangan rasa sakit

Nyeri pada saat proses persalinan disebabkan oleh kontraksi uterus, dilatasi serviks, serta distensi perineum. Pendekatan untuk mengurangi rasa sakit menurut Varney's midwifery adalah:

- a) Seseorang yang dapat mendukung persalinan
- b) Pengaturan posisi
- c) Relaksasi dan latihan pernafasan

- d) Istirahat dan privasi
 - e) Penjelasan mengenai proses / kemajuan dan prosedur
 - f) Asuhan tubuh
 - g) Sentuhan.
4. Penerimaan atas sikap dan perilakunya

Penolong persalinan hendaknya memberi dukungan bukan memarahi ibu ketika ibu menjerit kesakitan pada saat puncak kontraksi terjadi, karena hal ini akan berdampak pada psikis ibu.

5. Informasi dan kepastian tentang hasil pemeriksaan yang aman
- a) Penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan
 - b) Penjelasan semua hasil pemeriksaan
 - c) Pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut.

J. Lembar Observasi dan Partograf

Menurut (Wiknjosastro, et al., 2014), lembar observasi merupakan alat bantu untuk memantau kala satu persalinan fase laten. Fase Laten ditandai dengan:

1. Fase laten dimulai pada awal persalinan dan berakhir pada dilatasi 3 cm. Pada primigravida, akhir fase laten ditandai dengan pendataran serviks sempurna. Namun pada multipara, pada akhir fase laten serviks belum mendatar sepenuhnya.
2. Dilatasi serviks pada fase laten berlangsung perlahan. Biasanya fase laten berlangsung dalam waktu 8 jam.

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

Menurut (Wiknjosastro, et al., 2014), partograf adalah alat bantu untuk memantau kala satu persalinan fase aktif dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan penggunaan partograf adalah untuk:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.
2. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan.

Hal-hal yang perlu dicantumkan dalam partograf yaitu:

1. Informasi tentang ibu, berupa nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan medik/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban.
2. Kondisi janin
 - a) Denyut jantung janin yang dicatat setiap 30 menit sekali.
 - b) Air ketuban, menilai kondisi air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam.

U: selaput ketuban masih utuh (belum pecah)

J: selaput ketuban pecah dan air ketuban jernih

M: selaput ketuban pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K: selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban mengering.

c) Penyusupan (molase tulang kepala)

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

1: tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

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

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

3. Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks, dinilai setiap 4 jam sekali dan diberi tanda silang (X)

b) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, pada persalinan normal, Dicatat dengan diberi tanda O pada garis waktu yang sesuai.

c) Garis waspada dan garis bertindak, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap, diharapkan pembukaan serviks adalah 1 cm setiap 1 jam.

Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai digaris waspada. Sedangkan garis bertindak tertera sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui garis bertindak maka perlu dilakukan tindakan.

d) Jam dan waktu

- 1) Waktu mulainya fase aktif persalinan
- 2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

e) Kontraksi uterus, dicatat setiap 30 menit, melakukan pemeriksaan raba untuk menghitung banyaknya kontraksi dan lamanya kontraksi (dalam detik) setiap 10 menit sekali.

f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

- 1) Oksitosin, didokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.
- 2) Obat-obatan lain dan cairan IV dicatat pada kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

g) Kondisi ibu

- 1) Nadi, dicatat setiap 30 menit dalam fase aktif persalinan. Beri tanda (•) pada kolom yang sesuai.
- 2) Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda \updownarrow pada kolom waktu yang sesuai
- 3) Temperatur tubuh, dicatat setiap 2 jam
- 4) Volume urine, protein, aseton, dicatat setiap 2 jam.

K. Lima Benang Merah Asuhan

Menurut (Wiknjosastro, et al., 2014), 5 benang merah asuhan adalah:

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Keputusan klinik dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (*evidence based*).

2. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi karena ibu akan mendapat rasa aman dan hasil yang lebih baik.

a) Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- 2) Jelaskan asuhan dan perawatan sebelum memulai asuhan.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut.
- 5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu
- 6) Berikan dukungan, tentramkan hati ibu dan keluarganya

- 7) Anjurkan ibu ditemani suami/keluarga selama persalinan.
 - 8) Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan.
 - 9) Secara konsisten lakukan praktik pencegahan infeksi.
 - 10) Hargai privasi ibu
 - 11) Anjurkan ibu mencoba berbagai posisi selama persalinan.
 - 12) Anjurkan ibu untuk minum dan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
 - 13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
 - 14) Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma
 - 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera mungkin
 - 16) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama kelahiran.
 - 17) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
 - 18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan, perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.
2. Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pascapersalinan
- a) Anjurkan ibu untuk berdekatan dengan bayinya (rooming in).

- b) Bantu ibu untuk menyusui bayinya, anjurkan memberikan ASI sesuai keinginan bayi dan ajarkan tentang ASI eksklusif.
- c) Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.
- d) Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi.
- e) Ajarkan ibu dan anggota keluarganya tentang tanda gejala yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir.

3. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dari infeksi penyakit berbahaya, misalnya Hepatitis dan HIV/AIDS. Upaya PI dilakukan untuk mencegah/memutus rantai transmisi mikroorganisme antar individu. Upaya PI yang dilakukan adalah:

- a) Cuci tangan
- b) Memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung lainnya
- c) Menggunakan teknik aseptis atau aseptik
- d) Memproses alat bekas pakai
- e) Menangani peralatan tajam dengan aman
- f) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan.

4. Pencatatan (Dokumentasi)

Pencatatan adalah bagian penting dari proses pembuatan 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 dikumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu dan bayinya.

5. Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Hal yang membutuhkan rujukan adalah:

- a) Pembedahan, termasuk Caesar
- b) Transfusi darah
- c) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum dan cunam
- d) Pemberian antibiotik intravena
- e) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bayi baru lahir.

Hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu:

B (Bidan)

Pastikan ibu dan/atau BBL didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksana gawat darurat.

A (Alat)

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan.

K (Keluarga)

Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan bayi baru lahir hingga kefasilitas rujukan.

S (Surat)

Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau BBL, cantumkan alasan merujuk dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan dan obat-obatan yang diterima ibu dan/atau BBL.

O (Obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu kefasilitas rujukan.

K (Kendaraan)

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

U (Uang)

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup.

DA (Darah)

Persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan.

L. Pencegahan Infeksi

1. Prinsip-Prinsip Pencegahan Infeksi

Menurut (Wiknjosastro, et al., 2014), pencegahan Infeksi (PI) yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip berikut:

1. Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala)
2. Setiap orang harus dianggap berisiko terkena infeksi
3. Permukaan benda disekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan, harus diproses secara benar.
4. Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah diproses dengan benar, maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.

5. Risiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten.

2. Upaya Pencegahan Infeksi

a) Cuci tangan harus dilakukan apabila:

- 1) Segera setelah tiba ditempat kerja
- 2) Sebelum melakukan kontak fisik secara langsung dengan ibu dan bayi baru lahir
- 3) Setelah kontak fisik langsung dengan ibu dan bayi baru lahir
- 4) Sebelum memakai sarung tangan DTT atau steril
- 5) Setelah melepas sarung tangan.
- 6) Setelah menyentuh benda yang mungkin terkontaminasi oleh darah atau cairan tubuh lainnya atau setelah menyentuh selaput mukosa meskipun menggunakan sarung tangan
- 7) Setelah ke kamar mandi atau menggunakan toilet
- 8) Sebelum pulang kerja.

(Wiknjosastro, et al., 2014)

b) Memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung lainnya

- 1) Gunakan sarung tangan steril atau DTT untuk prosedur yang melibatkan kontak dengan jaringan bawah kulit seperti persalinan, penjahitan vagina atau pengambilan darah
- 2) Gunakan sarung tangan periksa yang bersih untuk menangani darah atau cairan tubuh

3) Gunakan sarung tangan tebal untuk mencuci peralatan, menangani sampah, juga membersihkan darah/cairan tubuh

(Wiknjosastro, et al., 2014)

c) Menggunakan teknik asepsis atau aseptik

1) Penggunaan perlengkapan pelindung pribadi

Perlengkapan pelindung pribadi mencegah petugas terpapar mikroorganisme penyebab infeksi dengan cara menghalangi atau membatasi (kaca mata pelindung, masker wajah, sepatu boot atau sepatu tertutup, celemek) petugas dari percikan cairan tubuh, darah atau cedera selama melaksanakan prosedur klinik. (Wiknjosastro, et al., 2014)

2) Antiseptik

Antiseptik adalah tindakan yang dilakukan untuk mencegah infeksi dengan cara membunuh atau mengurangi mikroorganisme pada jaringan tubuh atau kulit. Larutan antiseptik (seperti alkohol) memerlukan waktu beberapa menit setelah dioleskan pada permukaan tubuh agar dapat mencapai manfaat yang optimal. Karena itu, penggunaan antiseptik tidak diperlukan untuk tindakan kecil dan segera

(penyuntikan oksitosin secara IM pada penatalaksanaan aktif kala III, memotong tali pusat) asalkan peralatan yang digunakan sudah steril (Wiknjosastro, et al., 2014)

3) Menjaga tingkat sterilitas atau DTT

Peralatan atau benda-benda yang disinfeksi tingkat tinggi bisa ditempatkan pada area steril. Pelihara kondisi steril dengan cara memisahkan benda-benda steril atau disinfeksi tingkat tinggi dari benda-benda yang terkontaminasi. Hal ini meliputi:

- (a) Gunakan kain steril.
 - (b) Berhati-hati jika membuka atau memindahkan benda-benda ke daerah yang steril/disinfeksi tingkat tinggi.
 - (c) Hanya benda-benda steril/desinfeksi tingkat tinggi atau petugas dengan atribut yang sesuai yang diperkenankan memasuki daerah steril atau desinfeksi tingkat tinggi.
 - (d) Anggap benda apapun yang basah, terpotong atau robek sebagai benda terkontaminasi.
 - (e) Tempatkan daerah steril/DTT jauh dari pintu atau jendela.
 - (f) Cegah orang yang tidak memakai sarung tangan DTT/steril untuk menyentuh peralatan yang ada di daerah steril.
- (Wiknjosastro, et al., 2014)

d) Memproses alat bekas pakai

1) Dekontaminasi

Segera setelah digunakan, masukkan benda-benda yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

Larutan klorin harus diganti paling sedikit 24 jam atau lebih cepat jika terlihat kotor atau keruh.

2) Cuci bilas

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

- (a) Pakai sarung tangan karet yang tebal
- (b) Ambil peralatan bekas pakai yang sudah didekontaminasi
- (c) Agar tidak merusak benda-benda yang terbuat dari plastik atau karet, jangan dicuci secara bersamaan dengan peralatan dari logam.
- (d) Cuci setiap benda tajam secara terpisah dan hati-hati:
 - (1) Gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran, buka engsel gunting dan klem
 - (2) Pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal pada peralatan
 - (3) Cuci setiap benda sedikitnya 3 kali (atau lebih jika perlu) dengan air dan sabun atau deterjen.

- (4) Bilas benda-benda tersebut dengan air bersih.
 - (e) Ulangi prosedur tersebut pada benda-benda lain.
 - (f) Jika peralatan akan didesinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalnya dalam larutan klorin 0,5%) tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.
 - (g) Peralatan yang akan didesinfeksi tingkat tinggi dengan dikukus atau direbus, atau disterilisasi didalam otoklaf atau oven panas kering, tidak perlu dikeringkan dahulu.
 - (h) Selagi masih memakai sarung tangan dengan air dan sabun dan kemudian bilas dengan air bersih.
 - (i) Gantungkan sarung tangan dan biarkan kering dengan cara diangin-anginkan.
- 3) Disinfeksi Tingkat Tinggi dan Sterilisasi
- (a) DTT dengan cara merebus
 - (1) Gunakan panci dengan penutup yang rapat.
 - (2) Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan.
 - (3) Rendam peralatan didalam air sehingga semuanya terendam dalam air.
 - (4) Mulai panaskan air.
 - (5) Mulai hitung waktu saat air mulai mendidih.
 - (6) Jangan tambahkan benda apapun kedalam air mendidih setelah penghitungan waktu dimulai.

- (7) Rebus selama 20 menit
- (8) Biarkan peralatan kering dengan diangin-anginkan.
- (9) Pada saat peralatan kering, gunakan segera atau simpan dalam wadah DTT berpenutup.

(b) DTT kimiawi

- (1) Letakkan peralatan dalam keadaan kering (sudah didekontaminasi dan cuci bilas ke dalam wadah dan tuangkan desinfektan).
- (2) Pastikan peralatan terendam seluruhnya dalam larutan kimia.
- (3) Rendam peralatan selama 20 menit.
- (4) Catat lama waktu peralatan direndam
- (5) Bilas peralatan dengan air matang dan angin-anginkan sampai kering.
- (6) Setelah kering, peralatan dapat segera digunakan atau disimpan dalam wadah DTT berpenutup rapat.

e) Menangani peralatan tajam dengan aman

- 1) Letakkan benda-benda tajam diatas baki steril/DTT.
- 2) Hati-hati saat melakukan penjahitan agar terhindar dari luka tusuk secara tak sengaja.
- 3) Gunakan pemegang jarum dan pinset pada saat menjepit.
- 4) Jangan menutup kembali, melengkungkan, mematahkan atau melepaskan jarum yang akan dibuang.

- 5) Buang benda-benda tajam dalam wadah tahan bocor dan segel dengan perekat jika sudah dua per tiga penuh.
- 6) Jika benda-benda tajam tidak bisa dibuang secara aman dengan cara incinerasi, bilas tiga kali dengan larutan klorin 0,5% (dekontaminasi), tutup kembali dengan teknik satu tangan dan kemudian kuburkan (Wiknjastro, et al., 2014).

f) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan

1) Pembuangan sampah

Sampah terkontaminasi termasuk darah, nanah, urine, kotoran manusia dan benda-benda yang kotor oleh cairan tubuh. Setelah selesai melakukan suatu tindakan dan sebelum melepas sarung tangan, letakkan sampah terkontaminasi ke dalam tempat sampah tahan air/kantung plastik sebelum dibuang. Cara pembuangan yang benar untuk benda-benda tajam terkontaminasi adalah:

- (a) Menempatkan benda tersebut dalam wadah tahan bocor maupun kotak karton yang tebal, kaleng atau wadah yang terbuat dari bahan logam.
- (b) Bakar sampah yang terkontaminasi atau kubur jika tidak memungkinkan.

2) Mengatur kebersihan dan kerapian

- (a) Pastikan selalu tersedianya satu ember larutan klorin 0,5% yang belum dipakai.

- (b) Gunakan desinfektan yang sesuai untuk membersihkan peralatan yang tidak bersentuhan dengan darah atau sekresi tubuh
- (c) Jika menggunakan oksigen, gunakan kanula nasal yang bersih, steril atau DTT setiap kali akan digunakan.
- (d) Segera bersihkan percikan darah. Tuangkan larutan klorin 0,5% pada percikan tersebut kemudian seka dengan kain.
- (e) Bungkus atau tutupi linen bersih
- (f) Setiap selesai menggunakan tempat tidur, meja dan troli prosedur, segera seka permukaan dan bagian-bagian peralatan tersebut dengan kain yang dibasahi klorin 0,5% dan deterjen.
- (g) Setiap selesai menolong persalinan, seka celemek menggunakan larutan klorin 0,5%.
- (h) Seka lantai, dinding atau permukaan datar lain (setiap hari atau setelah digunakan) dengan larutan klorin 0,5% dan deterjen.

M. Pelayanan Persalinan pada Masa COVID-19

1. Ibu tetap bersalin di fasilitas kesehatan. Segera ke fasilitas kesehatan jika sudah ada tanda-tanda persalinan.
2. Rujukan terencana untuk ibu hamil berisiko.
3. Tempat pertolongan persalinan ditentukan berdasarkan:

- a) Kondisi ibu sesuai dengan level fasyankes penyelenggara pertolongan persalinan.
 - b) Status ibu ODP, PDP, terkonfirmasi COVID-19 atau bukan.
4. Ibu dengan status ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19 bersalin di rumah sakit rujukan COVID-19.
 5. Ibu dengan status bukan ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19 bersalin di fasyankes sesuai kondisi kebidanan (bisa di FKTP atau FKTRL)
 6. Saat merujuk pasien ODP, PDP, terkonfirmasi COVID-19 sesuai dengan prosedur pencegahan COVID-19.
 7. Pelayanan KB pasca persalinan tetap dilakukan sesuai prosedur, diutamakan menggunakan MKJP.
- (Kemenkes, 2020)

2.1.3 Masa Nifas

A. Definisi Masa Nifas

1. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Periode pascapersalinan meliputi masa transisi kritis bagi ibu, bayi dan keluarganya secara fisiologis, emosional dan sosial (Saifuddin, et al., 2016).
2. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum

hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saifuddin, et al., 2014).

B. Periode Masa Nifas

1. Periode *immediate postpartum*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochea, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2. Periode *early postpartum* (>24 jam-1 minggu)

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

3. Periode *late postpartum* (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4. *Remote puerperium*

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

(Wahyuningsih, 2018)

C. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut (Munthe, et al., 2019) perubahan fisiologis masa nifas yaitu:

1. Perubahan sistem reproduksi

a) Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusio). Bayi lahir TFU setinggi pusat beratnya 1000 gr, akhir kala III TFU 2 jari bawah pusat beratnya 750 gr, 1 minggu postpartum TFU pertengahan pusat dan simfisis dengan berat uterus 500 gr, 2 minggu postpartum TFU tidak teraba diatas simfisis dengan berat uterus 350 gr, 6 minggu postpartum TFU bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

b) Lokhea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lokhea yaitu:

1) Lokhea rubra: hari ke 1-3 terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekonium.

2) Lokhea sanguinolenta: hari ke 3-7, terdiri dari darah bercampur lendir yang berwarna kecoklatan.

3) Lokhea serosa: hari ke 7-14 berwarna kekuningan.

4) Lokhea alba: hari ke 14 masa nifas, berupa cairan putih.

c) Serviks mengalami involusio bersama-sama uterus. setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks telah menutup.

- d) Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae berangsur-angsur akan muncul kembali, labia lebih menonjol.
- e) Perineum segera setelah melahirkan menjadi kendur. Pada postnatal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

2. Perubahan tanda-tanda vital

- a) Suhu badan wanita inpartu tidak lebih dari $37,2^{\circ}\text{C}$, pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik $\pm 0,5^{\circ}\text{C}$. Pada hari ke 4 postpartum, suhu badan akan naik kembali. Apabila kenaikan suhu diatas 38°C , waspada terhadap infeksi postpartum.
- b) Nadi dalam keadaan normal selama masa nifas kecuali karena pengaruh partus lama, persalinan sulit dan kehilangan darah yang berlebihan. Setiap denyut nadi diatas 100x/menit adalah abnormal dan mengindikasikan infeksi/haemoragi postpartum.
- c) Tekanan darah pasca melahirkan, biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi merupakan tanda terjadinya pre-eklampsia postpartum

d) Pernafasan frekuensi normalnya adalah 16-24 x/menit. Pada ibu postpartum umumnya pernapasan lambat atau normal, dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan/istirahat.

3. Perubahan sistem kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang menyebabkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal dan pembuluh darah kembali keukuran semula.

4. Perubahan hematologi

Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah.

5. Perubahan sistem perkemihan

Setelah plasenta dilahirkan kadar estrogen yang bersifat menahan air mengalami penurunan, keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

6. Perubahan gastrointestinal

Asupan makanan mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Meskipun kadar progesterone telah turun, namun ibu masih rentan mengalami konstipasi. Rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan untuk BAB.

7. Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum. Progesteron turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

8. Sistem muskuloskeletal

Ambulasi yang pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusio.

9. Perubahan integument

Penurunan melanin pada umumnya selama persalinan menyebabkan berkurangnya hiperpigmentasi kulit.

10. Perubahan berat badan

Perubahan berat badan terjadi akibat kelahiran bayi, plasenta dan cairan amnion. Diuresis puerperalis juga menyebabkan kehilangan berat badan selama masa puerperium awal.

D. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Menurut (Pitriani & Andriyani, 2014) ada beberapa tahapan perubahan psikologis dalam masa penyesuaian ini meliputi 3 fase, yaitu:

1. Tahap *Taking In* (hari ke 1-2 setelah melahirkan)

- a) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain disekitarnya.
- b) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
- c) Ibu akan mengulangi pengalaman waktu melahirkan.

- d) Ibu memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuhnya ke kondisi yang normal.
- e) Nafsu makan ibu biasanya akan bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh berlangsung tidak normal

2. Tahap *Taking On/Taking Hold* (hari ke 3-10 setelah melahirkan)

- a) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua serta lebih meningkatkan tanggung jawabnya kepada bayi.
- b) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh.
- c) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan mengurus dan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok bayi secara mandiri.
- d) Ibu cenderung lebih terbuka menerima nasehat bidan serta kritikan pribadi maupun orang lain.
- e) Pada tahap ini muncul kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu serta tidak sanggup dalam membesarkan bayinya.

3. Tahap *Letting Go* (hari ke10 setelah melahirkan)

- a) Terjadi setelah ibu menerima secara penuh peran dan tanggung jawabnya sebagai seorang ibu.

- b) Ibu mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, sehingga dukungan suami dan keluarga masih diperlukan ibu.
- c) Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya
- d) Kebutuhan istirahat diperlukan untuk memulihkan kondisinya.

E. Masalah pada Masa Nifas

Menurut (Munthe, et al., 2019), masalah pada nifas, yaitu:

1. Gangguan eliminasi

Ibu mengalami kesulitan BAK sulit selama 24 jam pertama.

Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

2. Konstipasi

Kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema. Hal ini dapat menyebabkan konstipasi pada ibu. Terlebih pada ibu yang mengeluh nyeri pada luka perineum membuatnya takut untuk BAB.

3. Nyeri luka jahitan perineum

Beberapa tindakan dalam persalinan membutuhkan jahitan perineum karena laserasi ataupun episiotomi. Hal ini menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu berupa nyeri luka jahitan perineum.

4. *After pain*/kram perut

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

5. Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke- 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

F. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut (Munthe, et al., 2019), tanda bahaya masa nifas yang harus diperhatikan dan diwaspadai adalah:

1. Perdarahan

Perdarahan yang terjadi dengan jumlah darah melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Menurut waktu dibagi menjadi dua yaitu: perdarahan primer (perdarahan yang terjadi pada 24 jam pertama bayi dilahirkan) dan perdarahan sekunder (perdarahan yang terjadi setelah 24 jam melahirkan). Hal-hal yang menyebabkan perdarahan yaitu atonia uteri, perlukaan jalan lahir, tertinggalnya sebagian plasenta, dan terlepasnya sebagian plasenta dari rahim.

2. Suhu tubuh meningkat

Suhu tubuh ibu mungkin akan mengalami peningkatan pada hari pertama setelah melahirkan, disebabkan oleh dehidrasi selama proses persalinan. Namun apabila setelah 24 jam suhu ibu tetap mengalami peningkatan, maka bisa jadi merupakan tanda bahaya masa nifas yang menunjukkan adanya infeksi setelah persalinan.

3. Sakit kepala, penglihatan kabur dan pembengkakan wajah

Kemungkinan pada saat hamil, ibu mengalami penyulit kehamilan berupa pre-eklamsi dan eklamsi. Pada umumnya gejala akan berkurang secara perlahan setelah ibu melahirkan, namun apabila masih terjadi, merupakan tanda yang harus diwaspadai.

4. Sub involusio uterus

Merupakan proses involusi uteri yang tidak berjalan sebagaimana mestinya. Sehingga pengecilan rahim menjadi terhambat, waspadai apabila darah mengeluarkan bau yang tak sedap dan keluar gumpalan darah yang besar atau banyak dalam masa nifas.

5. Tromboflebitis dan emboli paru

Tromboflebitis dan emboli paru menimbulkan rasa sakit yang muncul ditempat tertentu, misalnya perasaan lemah dan hangat didaerah betis atau paha disertai atau tanpa disertai kemerahan, bengkak dan nyeri pada saat menggerakkan kaki, kemungkinan tanpa adanya gumpalan darah pada pembuluh darah dikaki. Rasa sakit juga dapat dirasakan didada, yang bisa merupakan tanda adanya gumpalan darah pada paru-paru.

6. Depresi setelah persalinan

Tanda adanya depresi pasca persalinan antara lain perasaan sedih, kecewa, sering menangis, gelisah, cemas, kehilangan ketertarikan terhadap hal yang menyenangkan, nafsu makan berkurang, kehilangan energi dan motivasi, dan tidak bisa tidur.

G. Kebutuhan Dasar pada Ibu Masa Nifas

Menurut (Munthe, et al., 2019), kebutuhan dasar ibu masa nifas meliputi:

1. Nutrisi dan cairan

Nutrisi dan cairan yang diperlukan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan sebagai cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi ASI, yaitu:

1. Mengonsumsi makanan tambahan ± 500 kalori/hari.
2. Makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
3. Minum sedikitnya 3 liter perhari
4. Mengonsumsi tablet besi selama 40 hari postpartum.
5. Mengonsumsi vitamin A 200.000 IU.

2. Ambulasi

Pada 24 jam pertama, ibu yang mengalami proses persalinan pervaginam harus melakukan ambulasi dini untuk mencegah thrombosis vena serta membantu menguatkan dan mengencangkan otot-otot dasar panggul.

3. Eliminasi

Terkadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemih. Penatalaksanaan defekasi perlu dilakukan sehubungan dengan kerja usus melambat sehingga mudah

mengalami konstipasi. Ibu mungkin memerlukan bantuan memilih jenis makanan yang tepat untuk menghindari terjadinya konstipasi.

4. Kebersihan diri dan perineum

Beberapa hal yang bisa dilakukan ibu untuk menjaga kebersihan diri yaitu: mandi secara teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur secara rutin, menjaga kebersihan lingkungan tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari atau saat dirasa telah penuh, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia.

5. Istirahat yang cukup

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, waktu yang diperlukan ibu untuk tidur setiap harinya adalah 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Kurang istirahat pada ibu postpartum dapat menyebabkan: jumlah ASI berkurang, memperlambat involusi uteri, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat diri.

6. Hubungan seksual

Hubungan seksual dilakukan saat darah telah berhenti keluar. Selama periode nifas hubungan seksual juga dapat berkurang, tergantung dari keputusan ibu dan pasangannya.

7. Program KB

Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai yaitu 40 hari postpartum dengan tujuan menjaga kesehatan ibu.

8. Latihan atau senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu kemudian. Tujuan senam nifas yaitu:

- a) Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- b) Mempercepat proses involusio uteri
- c) Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum
- d) Memperlancar pengeluaran lochea
- e) Membantu mengurangi rasa sakit
- f) Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan
- g) Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas.

H. Komplikasi Masa Nifas

1. Metritis dan Endometritis

Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan, bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik, thrombosis vena yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvik yang menahun, dyspareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas (Saifuddin, et al., 2014).

Endometritis adalah peradangan yang terjadi pada endometrium, yaitu lapisan sebelah dalam pada dinding rahim yang terjadi infeksi.

Gejala klinisnya adalah:

- a) Uterus agak membesar, nyeri pada perabaan dan lembek

- b) Mulai hari ketiga suhu meningkat, nadi cepat. Akan tetapi dalam beberapa hari suhu dan nadi menurun dan dalam kurang dari satu minggu keadaan akan normal kembali.
- c) Lokhea pada endometritis biasanya bertambah dan kadang-kadang berbau (Hernawati & Kamila, 2017).

Klasifikasi endometritis menurut (Hernawati & Kamila, 2017):

a) Endometritis Akut

Endometritis akut adalah peradangan yang terjadi secara tiba-tiba. Pada endometritis akut, endometrium mengalami edema dan hipereremi. Penyebabnya: Infeksi *gonorrhea*, infeksi pada abortus/partus, kerokan endometrium, adanya tindakan obstetri pada endometrium. Gejalanya: suhu meningkat, terlihat sakit keras, keluar lekore bernanah, nyeri pada perabaan uterus.

b) Endometritis Kronik

Endometritis kronik adalah peradangan pada endometrium dikarenakan penyakit lama diderita oleh ibu. Endometritis kronik ditemukan pada ibu penderita TBC, jika tertinggal sisa abortus dan partus, pada polip uterus dengan infeksi, pada tumor ganas uterus, pada salpingo-oofaringitis dan selulitis pelvis

2. Bendungan ASI/Payudara

Bendungan ASI adalah pembendungan air susu karena penyempitan duktus laktoferin atau oleh kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan pada puting

susu. Penyebabnya: pengosongan mammae yang tidak sempurna, faktor hisapan bayi yang tidak aktif, posisi ibu menyusui yang tidak benar, puting susu terbenam, puting susu terlalu panjang. Gejalanya: payudara terlihat bengkak, terasa keras dan panas, terdapat nyeri tekan pada payudara (Hernawati & Kamila, 2017).

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Hal ini bukan disebabkan oleh overdistensi saluran sistem laktasi. Bila ibu menyusui bayinya: susukan sesering mungkin, kedua payudara disusukan, kompres hangat payudara sebelum disusukan, bantu dengan memijat payudara untuk permulaan menyusui, sangga payudara, kompres dingin pada payudara di antara waktu menyusui, bila diperlukan berikan parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam, lakukan evaluasi setelah 3 hari untuk mengevaluasi hasilnya. Bila ibu tidak menyusui: sangga payudara, kompres dingin pada payudara untuk mengurangi pembengkakan, bila diperlukan berikan parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam, jangan dipijat atau memakai kompres hangat pada payudara. (Saifuddin, et al., 2014)

3. Infeksi Payudara

Infeksi yang terjadi pada jaringan payudara pada wanita menyusui. Klasifikasi menurut (Hernawati & Kamila, 2017), yaitu:

a) Mastitis

Mastitis adalah peradangan pada payudara, biasanya terjadi 1-3 minggu setelah post partum. Penyebabnya adalah *Staphylococcus aureus* dan sumbatan saluran susu yang berlanjut. Komplikasi yang dapat terjadi adalah:

- 1) Mammae yang membesar, nyeri, merah dan membengkak.
- 2) Temperatur badan ibu tinggi kadang disertai menggigil.
- 3) Bila mastitis berlanjut dapat menyebabkan abses payudara.

b) Abses Payudara

Abses payudara terjadi apabila mastitis tidak tertangani dengan baik, sehingga memperberat infeksi. Gejalanya: sakit pada payudara tampak lebih parah, payudara lebih mengkilap dan berwarna merah, benjolan terasa lebih lunak (berisi nanah).

4. Abses Pelvis

Bila pelvik abses ada tanda cairan fluktuasi pada daerah cul-de-sac, lakukan kolpotomi atau dengan laparotomi dan ibu posisi fowler (Saifuddin, et al., 2014).

5. Peritonitis

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017), peritonitis adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada selaput rongga perut (peritoneum). Penyebabnya adalah:

- a) Penyebaran infeksi dari organ perut yang terinfeksi
- b) Penyakit radang panggul pada wanita aktif seksual
- c) Infeksi dari rahim dan saluran telur oleh beberapa jenis kuman
- d) Kelainan hati atau gagal jantung dimana cairan bisa berkumpul diperut dan mengalami infeksi
- e) Adanya pembedahan yang mengakibatkan cedera pada kandung empedu, ureter, kandung kemih atau usus.
- f) Dialisa peritoneal
- g) Iritasi tanpa infeksi.

Gejala yang ditimbulkan adalah: gejala tergantung jenis dan penyebaran infeksi, muntah, demam tinggi, nyeri tumpul pada perut, muncul abses.

6. Infeksi Luka Perineal dan Luka Abdomen

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), disebabkan oleh keadaan yang kurang bersih dan tindakan pencegahan infeksi yang kurang baik.

- a) Wound abses, wound seroma dan wound hematoma merupakan suatu pengerasan yang tidak biasa dengan mengeluarkan cairan serosus atau kemerahan dan tidak ada/sedikit erythema sekitar luka insisi.

- b) Wound cellulitis didapatkan eritema dan edema meluas mulai dari tempat insisi dan melebar.

7. Tromboflebitis

Tromboflebitis yaitu perluasan atau invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah di sepanjang vena dan cabang-cabangnya. Tromboflebitis didahului dengan thrombosis, penyebabnya: perubahan susunan darah, perubahan laju peredaran darah dan perlukaan lapisan interna pembuluh darah. Klasifikasi:

a) Pelvio Tromboflebitis

Pelvio tromboflebitis mengenai vena-vena dinding uterus dan ligamentum latum yaitu vena ovarika, vena uterine dan vena hipogastrika. Vena yang paling sering terkena adalah vena ovarika dextra, perluasan infeksi dari vena ovarika sinistra ke vena renalis, sedangkan perluasan infeksi dari vena ovarika dextra adalah ke vena kava inferior. Gejalanya:

- 1) Nyeri terdapat pada perut bagian bawah/samping, timbul hari ke 2 -3 masa nifas dengan atau tanpa panas.
- 2) Menggigil
- 3) Suhu badan naik
- 4) Penyakit dapat berlangsung selama 1-3 bulan
- 5) Cenderung terbentuk pus yang menjalar kemana-mana termasuk paru-paru.

b) Tromboflebitis Femoralis

Menurut (Hernawati & Kamila, 2017), tromboflebitis femoralis mengenai vena-vena pada tungkai misalnya pada vena femoralis, vena poplitea dan vena safena. Edema pada salah satu tungkai disebabkan oleh suatu thrombosis yaitu suatu pembekuan darah balik dengan kemungkinan timbulnya komplikasi emboli paru-paru yang biasanya mengakibatkan kematian. Tanda dan gejalanya:

- 1) Keadaan umum tetap baik, suhu badan subfebris 7-10 hari kemudian suhu mendadak baik kira-kira pada hari ke 10 yang disertai dengan menggigil dan nyeri sekali.
- 2) Pada salah satu kaki yang terkena akan memberikan tanda-tanda sebagai berikut :
 - (a) Kaki sedikit dalam keadaan fleksi dan rotasi keluar serta sukar bergerak, lebih panas dibandingkan kaki yang lain.
 - (b) Seluruh bagian dari salah satu vena pada kaki terasa tegang dan keras pada paha bagian atas.
 - (c) Nyeri hebat pada lipat paha dan daerah paha.
 - (d) Reflektorik akan terjadi spasmus arteria sehingga kaki menjadi bengkak, tegang dan nyeri.
 - (e) Edema kadang-kadang terjadi selalu atau setelah nyeri
 - (f) Nyeri pada betis.

8. Gangguan Psikologis Masa Nifas

Gangguan psikologis pada masa nifas menurut (Hernawati & Kamila, 2017), terbagi menjadi :

a) Depresi Post Partum

Baby blues yaitu kondisi temporer yang dialami 50-80% wanita setelah melahirkan. Gejala yang ditimbulkan adalah

- 1) Merasa gelisah atau murung
- 2) Merasa sedih, putus asa dan kewalahan
- 3) Kurang energi dan motivasi
- 4) Banyak menangis
- 5) Makan dan tidur terlalu sedikit atau terlalu banyak
- 6) Kesulitan berfikir atau membuat keputusan
- 7) Memiliki masalah memori
- 8) Merasa tidak berharga dan bersalah
- 9) Kehilangan minat pada aktivitas yang biasanya disukai
- 10) Menarik diri dari teman dan keluarga.

b) Post Partum Blues

Post partum blues (post natal blues), terjadi dari hari ke 3-10 pada 10-17% dari perempuan. Gejala yang ditimbulkan adalah:

- 1) Iritabilitas (mudah tersinggung)
- 2) Menangis dengan tiba-tiba
- 3) Cemas yang berlebihan
- 4) Mood yang labil

- 5) Gangguan selera makan
 - 6) Merasa tidak bahagia
 - 7) Tidak mau bicara
 - 8) Gangguan tidur
 - 9) Sulit berkonsentrasi dan membuat keputusan.
- c) Post Partum Psikosa

Post partum psikosa adalah depresi yang terjadi pada minggu pertama dalam 6 minggu setelah melahirkan. Gejala: delusi, halusinasi, gangguan saat tidur dan obsesi mengenai bayi.

I. Kunjungan Masa Nifas

Menurut (Pitriani & Andriyani, 2014), kunjungan nifas dilakukan minimal 3 kali dengan tujuan:

1. Memelihara kondisi kesehatan ibu dan bayi
2. Melakukan pencegahan kemungkinan gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya.
3. Mendeteksi adanya komplikasi dan masalah yang terjadi.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan.

Tabel 2.10
Kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 jam – 3 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal. 5. Melakukan hubungan antara ibu dan BBL. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tetap tinggal dengan ibu dan BBL untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
2	4 – 28 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal; uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	29-42 hari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. 2. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

Sumber (Saifuddin, et al., 2014)

J. Pelayanan Masa Nifas pada Masa COVID-19

1. Ibu nifas dan keluarga harus memahami tanda bahaya di masa nifas.

Jika terdapat risiko/tanda bahaya, maka periksakan diri ke tenakes.

2. Pelaksanaan kunjungan nifas pertama dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Kunjungan nifas ke 2 dan 3 dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (d disesuaikan kondisi

daerah terdampak COVID-19), dengan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas, ibu dan keluarga.

3. Periode kunjungan nifas (KF) :
 - a) KF 1: periode 6 jam sampai 3 hari pasca persalinan.
 - b) KF 2: periode 4 hari sampai dengan 28 hari pasca persalinan.
 - c) KF 3: periode 28 hari sampai dengan 42 hari pasca persalinan.
4. Pelayanan KB tetap dilaksanakan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas. Diutamakan menggunakan MKJP.

(Kemenkes, 2020)

2.1.4. Bayi Baru Lahir

A. Definisi Bayi Baru Lahir

1. Bayi baru lahir normal adalah bayi lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37-42 minggu, dengan berat badan lahir 2500-4000 gram, dengan nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Jamil, et al., 2017).
2. Bayi Baru Lahir adalah bagian dari neonatus yaitu suatu organisme yang sedang mengalami pertumbuhan, mengalami trauma saat proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri (adaptasi) dari kehidupan intra ke ekstrauterin (Buda & Sajekti, 2011)

B. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Berat badan 2500-4000 gram
2. Panjang badan 48-52 cm
3. Lingkar dada 30-38 cm

4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Frekuensi jantung 120-160 x/menit
6. Pernafasan \pm 40-60 x/menit
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan tertutup
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala telah sempurna
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genitalia: (1) Perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora, (2) Laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.
11. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
12. Refleks morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
13. Refleks graps atau menggenggam sudah baik
14. Refleks rooting mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik
15. Mekonium (hitam kecoklatan) keluar dalam 24 jam pertama.

Tabel 2.11
Tanda APGAR

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

Sumber : (Dwienda, et al., 2014)

Interprestasi: nilai 1-3 asfiksia berat, nilai 4-6 asfiksia sedang, nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dwienda, et al., 2014).

C. Tahapan Bayi Baru Lahir

1. Tahap I terjadi segera lahir, selama menit-menit pertama kelahiran.
Pada tahap ini digunakan sistem penilaian APGAR.
2. Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas, dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
3. Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

(Dwienda, et al., 2014)

D. Perubahan Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Sistem pernapasan

1) Perkembangan paru-paru

Paru-paru berasal dari titik tumbuh yang berawal dari faring bercabang dan membentuk percabangan bronkus. Proses ini berlanjut sampai anak berumur 8 tahun hingga jumlah bronkiolus dan alveolus berkembang sepenuhnya.

Ketidakmatangan pada paru-paru akan mengurangi peluang hidup bayi baru lahir sebelum UK 24 minggu, karena keterbatasan permukaan alveolus, ketidakmatangan sistem kapiler pada paru-paru dan surfaktan yang jumlahnya tidak mencukupi (Setiyani, et al., 2016).

2) Awal adanya nafas

Menurut (Setiyani, et al., 2016), terdapat 2 faktor yang merangsang nafas pertama bayi yaitu:

- 1) Hipoksia diakhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan ekstrauterin yang merangsang pusat pernafasan di otak.
- 2) Tekanan terhadap rongga dada terjadi melalui pengempisan paru selama persalinan, merangsang masuknya udara kedalam paru secara mekanik. Upaya napas pertama bayi berfungsi untuk:
 - (a) Mengeluarkan cairan yang berada didalam paru
 - (b) Mengembangkan jaringan alveolus paru untuk pertama kalinya. Untuk mendapat fungsi alveolus, harus terdapat surfaktan yang cukup dan aliran darah melalui paru.

2. Sistem Kardiovaskuler

Menurut (Setiyani, et al., 2016), darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi untuk mengantarkan oksigen ke jaringan tubuh, sehingga terjadi:

- a) Penutupan foramen ovale pada jantung
- b) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta.

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah yaitu:

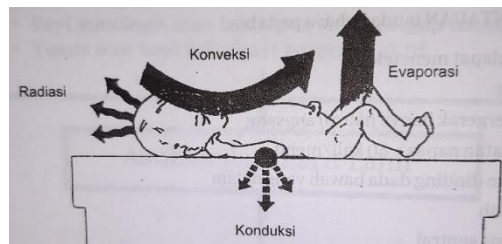
- a) Saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun.
- b) Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan yang mengurangi volume dan tekanannya.

3. Pengaturan Suhu

Bayi baru lahir rentan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan. Suhu dingin menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit sehingga bayi rentan mengalami hipotermi. Pada lingkungan yang dingin, terjadi pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil dengan menggunakan cadangan lemak coklat yang mampu meningkatkan panas tubuh bayi. Bayi yang kedinginan akan mengalami hipoglikemi, hipoksia dan asidosis. (Setiyani, et al., 2016).

Mekanisme kehilangan panas pada BBL menurut (Wiknjosastro, et al., 2014) melalui cara :

- a) Evaporasi, terjadi saat bayi baru lahir tidak segera dikeringkan dapat terjadi kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri.
- b) Konduksi, kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- c) Konveksi, terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin.
- d) Radiasi, terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).



Gambar 2.15

Mekanisme Kehilangan Panas

Sumber: (Wiknjosastro, et al., 2014)

Menurut (Wiknjosastro, et al., 2014) cara mencegah kehilangan panas pada BBL:

- a) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.
- b) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Luruskan dan usahakan ke dua bahu bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara dengan sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu.
- c) Selimuti ibu dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak ditutup.
- d) Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai IMD. Sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Bayi sebaiknya dimandikan pada waktu yang tepat

setelah kondisi stabil yaitu umumnya tidak kurang dari 6 jam setelah lahir.

- e) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat, idealnya BBL ditempatkan secara aman di tempat tidur yang sama dengan ibunya, dengan tujuan: menjaga bayi tetap hangat, mendorong ibu segera menyusui bayi dan mencegah paparan infeksi.
- f) Bayi jangan dibedong ketat

Membedong bayi dengan ketat akan membatasi gerakan sehingga aktivitas otot berkurang dengan demikian tidak menghasilkan panas tubuh. Pemakaian gurita dapat menekan lambung sehingga menyebabkan muntah serta membatasi pernapasan.

4. Mekanisme Glukosa

Pada bayi baru lahir, glukosa darah akan turun dalam waktu cepat karena stress dingin yang mengakibatkan lemak coklat berkurang. Jika persediaan glukosa digunakan pada jam pertama kehidupannya maka otak dalam keadaan berisiko serta dapat terjadi hipoglikemi. Gejala hipoglikemi adalah kejang-kejang halus, sianosis, apnea, tangis lemah, letargi, lunglai, menolak makan. Akibat jangka panjang hipoglikemi adalah kerusakan yang tersebar seluruh sel-sel otak (Setiyani, et al., 2016).

Menurut (Setiyani, et al., 2016) koreksi penggunaan gula darah terjadi melalui 3 cara, yaitu: melalui pemberian ASI, penggunaan

cadangan glikogen (glikogenesis), pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (glukogenesis).

5. Sistem Gastrointestinal

Kemampuan bayi cukup bulan menerima dan menelan makanan terbatas, hubungan esofagus bawah dan lambung belum sempurna sehingga mudah gumoh. Kapasitas lambung kurang dari 30 cc untuk bayi cukup bulan. Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi diri dari zat berbahaya serta kurang efisien dalam mempertahankan air sehingga bahaya diare akan menjadi serius (Setiyani, et al., 2016).

6. Perubahan Sistem Imun (Kekebalan Tubuh)

Sistem imunitas bayi masih belum matang sehingga rentan terhadap infeksi dan alergi. Kekebalan alami dapat mencegah dan meminimalkan infeksi. Beberapa contoh kekebalan alami adalah: perlindungan oleh kulit membran mukosa, fungsi saringan saluran napas, pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus, perlindungan kimia oleh asam lambung. Pencegahan pajanan mikroba seperti praktik persalinan aman, menyusui ASI sedini mungkin dan pengenalan serta pengobatan dini infeksi menjadi sangat penting bagi bayi baru lahir (Setiyani, et al., 2016).

7. Sistem Ginjal

Ginjal memiliki kapasitas kecil dengan tingkat filtrasi glomerulus rendah dan kemampuan reabsorpsi tubular terbatas. Urine bayi

encer, berwarna kekuning-kuningan dan tidak berbau. Urine dibuang dengan cara mengosongkan kandung kemih secara reflek. Urine pertama dibuang saat lahir dan dalam 24 jam dan akan semakin sering dengan banyak cairan (Setiyani, et al., 2016).

E. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), klasifikasi bayi baru lahir, yaitu:

1. Masa Gestasi
 - a) Kurang bulan (preterm infant) : usia 37 minggu (< 259 hari)
 - b) Cukup bulan (term infant) : mulai dari 37-42 minggu (259-294 hari)
 - c) Lebih bulan (postterm infant) : usia >42 minggu (>294 hari)
2. Berat Badan Lahir
 - a) Berat lahir rendah : <2500 gram
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih : >4000 gram
3. Berat Lahir Terhadap Masa Gestasi (masa 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)

F. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), kebutuhan dasar BBL adalah:

1. Personal Hygiene
 - a) Basuh bayi dengan kain/busa setiap dua hari sekali.

- b) Bayi yang baru lahir tidak boleh dimandikan sepenuhnya sampai tali pusatnya kering dan ujung pusatnya sudah menyembuh.
- c) Setiap kali bayi buang air kecil dan besar, bersihkan bagian perinealnya dengan air dan sabun, serta keringkan dengan baik.

2. Menyusui (Nutrisi)

- a) Menyusui harus dilakukan segera setelah kelahiran selagi bayi dalam keadaan terjaga. Menyusui dengan segera dapat menaikkan oksitosin yang meningkatkan mekanisme kerja involusi uterus. Juga menaikkan ikatan dini antara ibu dan anak.
- b) Bayi harus segera disusui sekurang-kurangnya selama 4 bulan pertama. Bayi harus disusui secara *on demand*.
- c) ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi, karena dengan ASI semua gizi didapat sesuai dengan kebutuhan bayi, mudah dicerna, memberikan perlindungan yang penting dari infeksi.

3. Istirahat dan Tidur

- ★ Baringkan bayi ke samping/terlentang (jangan memakai bantal)

4. Perawatan Tali Pusat

- a) Luka tali pusat rentan infeksi sehingga harus dijaga agar bersih dan kering.
- b) Ibu harus mencuci sekitar tali pusat setiap hari dengan sabun dan air.
- c) Bubuhi alkohol 70% 1-2 kali sehari

- d) Beritahu ibu untuk lapor ke bidan bila tali pusat berbau, ada kemerahan disekitarnya atau mengeluarkan cairan.

5. Imunisasi

Dalam waktu seminggu pertama, beri bayi: BCG untuk mencegah tuberculosis, vaksin polio secara oral, vaksin Hepatitis B.

Tabel 2.12
Imunisasi Wajib

Vaksin	Jadwal Imunisasi	Tujuan / Manfaat
Hepatitis B	0-7 hari (HB 0)	Mencegah Hepatitis B dan kerusakan hati
BCG	1 bulan	Mencegah TBC yang berat
Polio, IPV	1-4 bulan	Melindungi polio yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai dan lengan
DPT, HB, HIB	2-18 bulan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan nafas 2. Batuk rejan (batuk 100 hari) 3. Tetanus 4. Hepatitis B menyebabkan kerusakan hati 5. Infeksi HIB menyebabkan meningitis (radang selaput otak)

Sumber : (Munthe, et al., 2019)

G. Masalah-Masalah pada Bayi Baru Lahir

1. Asfiksia

Asfiksia adalah keadaan bayi tidak bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Bayi yang sebelumnya mengalami gawat janin akan mengalami asfiksia sesudah persalinan. Masalah ini mungkin berkaitan dengan keadaan ibu, tali pusat, atau masalah pada bayi selama/sesudah persalinan (Wiknjastro, et al., 2014).

Pada bayi yang mengalami kekurangan oksigen akan terjadi pernafasan yang cepat dalam periode yang singkat. Apabila asfiksia berlanjut, gerakan pernafasan akan berhenti, denyut jantung juga mulai menurun, sedangkan tonus neuromuscular berkurang secara berangsur-angsur dan bayi memasuki periode apnu sekunder. Apabila asfiksia berlanjut, bayi akan menunjukkan pernafasan megap-megap yang dalam, denyut jantung terus menurun, tekanan darah bayi juga mulai menurun dan bayi akan terlihat lemas (*flaccid*). Pernafasan makin lama makin melemah sampai bayi memasuki periode apnu sekunder. Selama apnu sekunder ini, denyut jantung, tekanan darah dan kadar oksigen dalam darah terus menurun. Kematian akan terjadi kecuali apabila resusitasi dengan pernafasan buatan dan pemberian oksigen dimulai dengan segera (Saifuddin, et al., 2014).

2. Gangguan pernafasan

★ Menurut (Saifuddin, et al., 2014), apabila gangguan pernafasan tersebut disertai dengan tanda-tanda hipoksia, maka prognosisnya buruk dan merupakan penyebab kematian. Jika bayi terselamatkan dan tetap hidup, berisiko tinggi terhadap terjadinya kelainan neurologis dikemudian hari. Penyebabnya antara lain:

- a) Obstruksi jalan nafas, misalnya *atresia khoana*, *makroglosia*, *higroma koli kistik*, *trakeomalasia*.

- b) Penyakit parenkhim paru-paru, misalnya penyakit membran hialin, *atelectasis*, *transient tachypnea of the newborn* (TTN), pneumonia.
- c) Kelainan perkembangan organ, misalnya agenesis paru-paru, hernia diafragmatika, kista intratoraks, TOF, perdarahan paru.
- d) Diluar paru-paru (*non pulmonary*), misalnya payah jantung, kelainan susunan saraf pusat, asidosis metabolik dan asfiksia.

3. Hipotermia

Suhu normal bayi baru lahir berkisar $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$. Gejala awal hipotermia apabila suhu $<36^{\circ}\text{C}$ atau kedua kaki dan tangan terasa dingin. Bila seluruh tubuh bayi terasa dingin, maka bayi sudah mengalami hipotermia sedang (suhu 32°C - 36°C). Disebut hipotermia kuat bila suhu tubuh $<32^{\circ}\text{C}$. Hipotermia menyebabkan terjadinya penyempitan pembuluh darah, terjadinya metabolik anerobik, meningkatkan kebutuhan oksigen, mengakibatkan hipoksemia dan berlanjut dengan kematian (Saifuddin, et al., 2014).

4. Hipertermia

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), hipertermia ditandai dengan:

- a) Suhu tubuh bayi $>37,5^{\circ}\text{C}$,
- b) Frekuensi pernafasan bayi >60 kali/menit,
- c) Tanda-tanda dehidrasi yaitu berat badan menurun, turgor kulit kurang, banyaknya air kemih berkurang.

5. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

BBLR ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir <2500 gram. Beberapa penyakit yang berhubungan dengan prematuritas: sindrom gangguan pernafasan idiopatik (penyakit membran hialin), pneumonia aspirasi (karena refleks menelan dan batuk belum sempurna), perdarahan spontan dalam ventrikel otak lateral akibat anoksia otak (erat hubungannya dengan gangguan pernafasan), hiperbilirubinemia karena fungsi hati belum matang, hipotermia. Beberapa penyakit yang berhubungan dengan dismaturitas: sindrom aspirasi mekonium, hipoglikemia, hiperbilirubinemia, hipotermia (Saifuddin, et al., 2014).

6. Dehidrasi

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), apabila bayi kehilangan cairan 5% atau lebih maka akan terjadi dehidrasi. Gejala: bayi mengantuk; tampak kehausan; kulit, bibir, lidah kering; saliva menjadi kental; mata dan ubun-ubun cekung; warna kulit pucat atau sianosis, turgor kulit berkurang; ekstremitas dingin; banyaknya air kemih berkurang; apatik; gelisah; kadang-kadang kejang kemudian syok; asidosis dan pernafasan kusmaull. Klasifikasi dehidrasi, yaitu:

- a) Dehidrasi ringan, kehilangan cairan berkisar 5% berat badan
- b) Dehidrasi sedang, kehilangan cairan antara 5-10% berat badan
- c) Dehidrasi berat, kehilangan cairan lebih 10% berat badan.

7. Ikterus

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), ikterus pada bayi baru lahir merupakan suatu gejala fisiologis atau patologis, macam-macam ikterus adalah:

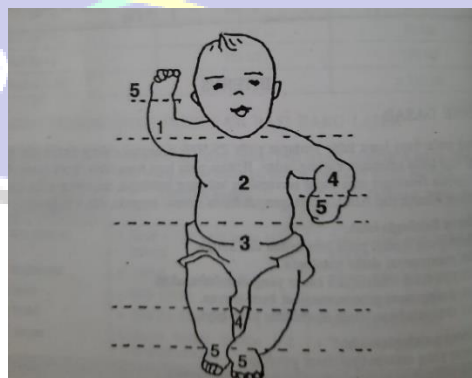
a) Ikterus fisiologis, ialah:

- 1) Ikterus yang timbul pada hari kedua dan ketiga
- 2) Tidak mempunyai dasar patologis
- 3) Kadarnya tidak melampaui kadar yang membahayakan
- 4) Tidak berpotensi menjadi kern-icterus (kerusakan otak akibat perlekatan bilirubin indirek pada otak)
- 5) Tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi

b) Ikterus patologis, ialah:

- 1) Ikterus yang mempunyai dasar patologis
- 2) Kadar bilirubinnya mencapai nilai hiperbilirubinemia.

Penilaian ikterus dilakukan secara laboratoris, apabila fasilitas tidak memungkinkan dapat dilakukan secara klinis



Gambar 2.16

Daerah kulit bayi yang berwarna kuning untuk rumus Kramer
 Sumber : (Saifuddin, et al., 2014)

Tabel 2.13
Rumus Kramer

Daerah	Luas Ikterus	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 dibawah dengkul	12
5	Daerah 1,2,3,4+Tangan dan kaki	16

Sumber : (Saifuddin, et al., 2014)

8. Infeksi / Sepsis

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), bayi baru lahir mendapat kekebalan (imunitas) transplasenta terhadap kuman yang berasal dari ibunya. Sesudah lahir, bayi rentan terpapar dengan kuman, dalam hal ini bayi tidak mempunyai imunitas. Penanganannya:

- a) Pertahankan tubuh bayi tetap hangat
- b) ASI tetap diberikan atau diberi air gula
- c) Diberi injeksi antibiotika berspektrum luas
- d) Perawatan sumber infeksi, misalnya pada infeksi tunggal tali pusat diberi salep yang mengandung *neomisin* dan *basitrasin*.

9. Tetanus Neonatorum

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), penyakit tetanus neonatorum disebabkan oleh kuman *Clostridium tetani*. Faktor risiko terjadinya tetanus neonatorum, yaitu:

- a) Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil tidak dilakukan dan tidak lengkap, atau tidak sesuai dengan ketentuan program
- b) Pertolongan persalinan tidak memenuhi syarat-syarat (3 bersih)

c) Perawatan tali pusat tidak memenuhi persyaratan kesehatan

Gejala klinik tetanus neonatorum antara lain:

- a) Bayi sulit menetek karena kejang otot rahang dan faring.
- b) Mulut bayi mencucu seperti mulut ikan
- c) Kejang apabila terkena rangsang cahaya, suara dan sentuhan
- d) Kadang-kadang disertai sesak nafas dan wajah bayi membiru.

10. Kejang

Manifestasi kejang pada bayi baru lahir dapat berupa tremor, hiperaktif, kejang-kejang, tiba-tiba menangis melengking, tonus otot hingga disertai atau tidak dengan hilangnya kesadaran, gerakan yang tidak menentu (*involuntary movements*), nistagmus atau mata mengedip-ngedip paroksimal, gerakan seperti mengunyah dan menelan (fenomena oral dan bukal), bahkan apnu. Dalam prinsip, setiap gerakan yang tidak biasa pada bayi baru lahir apabila berlangsung berulang-ulang dan periodik, kemungkinan merupakan manifestasi kejang (Saifuddin, et al., 2014).

11. Gangguan Saluran Cerna / Perut Buncit

Bayi baru lahir dengan perut buncit disertai atau tanpa gejala tambahan seperti muntah-muntah dan diare cukup sering ditemukan, menunjukkan adanya gangguan saluran cerna pada bayi. Apabila tidak ditangani dengan segera akan berakibat timbulnya komplikasi yang lebih buruk seperti dehidrasi, syok, kematian bayi. Tanda-tanda gangguan saluran cerna: serangan

menangis, gangguan minum, muntah-muntah disertai atau tanpa cairan empedu, dehidrasi dengan turgor kulit yang buruk, ubun-ubun cekung, ikterus, perut membuncit dengan/tanpa pembesaran hati, diare/konstipasi (Saifuddin, et al., 2014).

12. Cedera lahir

Menurut (Saifuddin, et al., 2014), cedera lahir disebabkan oleh:

a) Kelahiran dengan ekstraksi vakum/cunam

Keadaan bayi baru lahir sangat bergantung pada indikasi, pengalaman serta kemampuan dan penggunaan alat tersebut

1) Kelainan perifer

(a) *Molding*, bentuk tengkorak yang asimetri bersifat sementara yang biasanya disebabkan oleh partus lama.

(b) *Kaput suksedaneum*, pembengkakan difusi jaringan lunak kepala, yang dapat melampaui sutura garis tengah dan biasanya akan menghilang dalam 2-4 hari.

(c) *Sefalhematoma*, perdarahan subperiosteal akibat kerusakan jaringan periosteum karena tarikan atau tekanan jalan lahir, dan tidak melampaui batas sutura. Kelainan ini akan menghilang dalam 1-3 bulan.

(d) Perdarahan subaponeurosis, ditandai dengan pembengkakan kepala yang asimetrik dengan batas pembengkakan yang tidak jelas, sehingga

menimbulkan bentuk muka yang aneh, terdapat pitting edema pada daerah pembengkakan.

- (e) Kerusakan saraf perifer, bila menangis mulut miring ke bawah.
- (f) Trauma pada kulit, berbentuk abrasi, ulserasi, ekhimososis atau nekrosis pada daerah terkena tekanan.
- (g) Perdarahan subkonjungtiva, dan petekchie yang akan menghilang dalam 1-2 minggu.
- (h) Perdarahan retina, berhubungan erat dengan asfiksia atau peninggian tekanan intrakranial bayi. Perdarahan bersifat sementara dan dapat menghilang sendiri.

2) Kelainan sentral

- (a) Iritasi sentral, timbul karena edema atau hipertensi pada beberapa bagian otak. Gejala: bayi sangat mudah terangsang, *high pitched cry*, fotofobia. Pada keadaan yang berat, bayi merintih, kuduk kaku, kejang.
- (b) Perdarahan/gangguan sirkulasi otak, disebabkan oleh trauma atau hipoksi. Nampak gejala neurologik, berupa kesadaran menurun, muntah, kejang.

b) Kelahiran dengan section secarea

Obat anestesi yang diberikan pada ibu dapat mempengaruhi bayi. Dalam hal ini mungkin terjadi asfiksia neonatorum, depresi pernafasan akibat obat anestesi, atau gangguan

pernafasan seperti penumoni aspirasi atau serangan apnu, trauma kelahiran.

c) Kelahiran dengan presentasi bokong

Keadaan ini menimbulkan kerusakan/gangguan pada beberapa organ tubuh apabila intervensi tidak sesuai.

a) Perdarahan intrakranial, bila terdapat disproporsi antara kepala dan jalan lahir

b) Kerusakan pada medulla spinalis atau saraf perifer yang berdekatan, terjadi apabila kelahiran bayi disertai ekstraksi atau fleksi agak kuat pada poros longitudinal pada bayi.

c) Kerusakan pada tulang/jaringan lain, robekan otot sternokleidomastoideus dapat terjadi pada fleksi lateral leher yang kuat. Hal ini dapat menimbulkan hematoma dan akhirnya kalsifikasi dan terjadi tortikolis.

d) Fraktur klavikula, terjadi apabila terdapat kesukaran dalam melahirkan bahu.

d) Kelahiran bayi dengan presentasi muka

Mungkin ditemukan kelainan perifer yang berupa laserasi kulit muka, edema/hematoma atau ekimosis didaerah muka.

e) Kelahiran letak lintang

Komplikasi yang ditemukan biasanya berupa trauma akibat versi dalam/versi luar. Fraktur atau luksasi dapat ditemukan

akibat ekstraksi pada persalinan. Masih mungkin ditemukan gangguan pada fleksus brakhialis atau medulla spinalis.

H. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut (Munthe, et al., 2019), tanda bahaya BBL adalah:

1. Tidak mau menyusu
2. Kejang-kejang
3. Lemah
4. Sesak nafas (>60 kali/menit) dengan adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
5. Bayi merintih atau menangis terus menerus
6. Tali pusat kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah
7. Demam/panas tinggi
8. Mata bayi bernanah
9. Diare cair lebih dari 3 kali sehari
10. Kulit dan mata bayi kuning
11. Tinja bayi berwarna pucat

I. Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir

1. Jadwal kunjungan pada bayi baru lahir :
 - a) Pertama pada : 6-48 jam setelah lahir
 - b) Kedua pada : 3-7 hari setelah lahir
 - c) Ketiga pada : 8-28 hari setelah lahir.
2. Ibu/keluarga memastikan bahwa bayi sudah mendapatkan pelayanan kesehatan dan tercatat hasilnya sebagai berikut:

- a) Berat badan
- b) Panjang badan
- c) Suhu (°C)
- d) Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?
- e) Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri
- f) Frekuensi nafas/menit
- g) Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
- h) Memeriksa adanya diare
- i) Memeriksa ikterus/bayi kuning
- j) Memeriksa kemungkinan berat badan rendah
- k) Memeriksa status pemberian vitamin K1
- l) Memeriksa status imunisasi HB-0
- m) Memeriksa masalah/keluhan ibu.

(Munthe, et al., 2019)

J. Pelayanan Bayi Baru Lahir pada Masa COVID-19

1. Bayi baru lahir rentan infeksi virus COVID-19 dikarenakan belum sempurna fungsi imunitasnya.
2. Bayi baru lahir dari ibu yang bukan ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19 tetap mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0-6 jam) yaitu pemotongan dan perawatan tali pusat, Inisiasi Menyusu Dini (IMD), injeksi vit K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik, dan imunisasi Hepatitis B.
3. Bayi baru lahir dari ibu ODP, PDP atau terkonfirmasi COVID-19:

- a) Tidak dilakukan penundaan penjepitan tali pusat (*Delayed Chord Clamping*)
 - b) Bayi dikeringkan seperti biasa
 - c) Bayi baru lahir segera dimandikan setelah kondisi stabil, tidak menunggu setelah 24 jam.
 - d) Tidak dilakukan IMD. Sementara pelayanan neonatal esensial lainnya tetap diberikan.
4. Bayi lahir dari ibu hamil HbsAg reaktif dan COVID-19 terkonfirmasi dan bayi dalam keadaan :
 - a) Klinis baik (bayi bugar) mendapatkan pelayanan injeksi vit K1 dan tetap dilakukan pemberian imunisasi Hepatitis B serta pemberian HbIg (kurang dari 24 jam).
 - b) Klinis sakit (bayi tidak bugar atau tampak sakit) mendapatkan pelayanan injeksi vit K1 dan tetap dilakukan pemberian HbIg (kurang dari 24 jam). Pemberian vaksin Hepatitis B ditunda sampai keadaan klinis bayi baik (sebaiknya dikonsultasikan pada dokter anak untuk penatalaksanaan vaksinasi selanjutnya).
 5. Bayi baru lahir dari ibu dengan HIV mendapatkan ARV profilaksis, pada usia 6-8 minggu dilakukan pemeriksaan *Early Infant Diagnosis* (EID) bersamaan dengan pemberian imunisasi DPT-HB-Hib pertama dengan janji temu.
 6. Bayi lahir dari ibu yang menderita sifilis dilakukan pemberian injeksi *Benzatil Penisilin* sesuai Pedoman Neonatal Esensial.

7. Bayi lahir dari ibu ODP dapat dilakukan perawatan rawat gabung di ruang isolasi khusus COVID-19.
8. Bayi lahir dari ibu PDP/terkonfirmasi COVID-19 dilakukan perawatan di ruang isolasi khusus COVID-19, terpisah dari ibunya.
9. Untuk pemberian nutrisi pada bayi baru lahir harus diperhatikan mengenai risiko utama untuk bayi menyusui adalah kontak dekat dengan ibu, yang cenderung terjadi penularan melalui droplet infeksius di udara. Sesuai dengan protokol tatalaksana bayi lahir dari ibu terkait COVID-19 yang dikeluarkan IDAI adalah:
 - a) Bayi lahir dari ibu ODP dapat menyusui langsung dari ibu dengan melaksanakan prosedur pencegahan COVID-19 (menggunakan masker bedah, menjaga kebersihan tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi, rutin membersihkan area permukaan di mana ibu telah melakukan kontak).
 - b) Bayi lahir dari ibu PDP/terkonfirmasi COVID-19, ASI tetap diberikan dalam bentuk ASI perah dengan memperhatikan :
 - 1) Pompa ASI hanya digunakan oleh ibu tersebut dan dilakukan pembersihan pompa setelah digunakan.
 - 2) Kebersihan peralatan untuk memberikan ASI perah harus diperhatikan.
 - 3) Pertimbangkan untuk meminta bantuan seseorang dengan kondisi sehat untuk memberikan ASI.

- 4) Ibu harus didorong untuk memerah ASI (manual atau elektrik), sehingga bayi dapat menerima manfaat ASI dan untuk menjaga persediaan ASI agar proses menyusui dapat berlanjut setelah ibu dan bayi disatukan kembali. Jika memerah ASI menggunakan pompa ASI, pompa harus dibersihkan dan didesinfeksi dengan sesuai.
- 5) Pada saat transportasi kantong ASI dari kamar ibu ke lokasi penyimpanan harus menggunakan kantong spesimen plastik. Kondisi penyimpanan harus sesuai dengan kebijakan dan kantong ASI harus ditandai dengan jelas dan disimpan dalam kotak wadah khusus, terpisah dengan kantong ASI dari pasien lainnya.
 - c) Ibu PDP harus menyusui langsung apabila hasil pemeriksaan swab negatif, sementara ibu terkonfirmasi COVID-19 dapat menyusui langsung setelah 14 hari dari pemeriksaan swab kedua negatif.
10. Pada bayi baru lahir dari ibu ODP tidak perlu dilakukan tes swab, sementara pada bayi baru lahir dari ibu PDP/terkonfirmasi COVID-19 dilakukan pemeriksaan swab dan sediaan darah pada hari ke 1, hari ke 2 (dilakukan saat masih dirawat di RS), dan pada hari ke 14 pasca lahir.
11. Setelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital

(SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan. Idealnya waktu pengambilan sampel dilakukan pada 48-72 jam setelah lahir. Untuk pengambilan spesimen dari bayi baru lahir dari ibu ODP/PDP/terkonfirmasi COVID-19, tenaga kesehatan menggunakan APD level 2. Tata cara penyimpanan dan pengiriman spesimen sesuai dengan pedoman SHK. Jika terkendala dengan pengiriman spesimen dikarenakan situasi pandemi, spesimen dapat disimpan selama maksimal 1 bulan pada suhu kamar.

12. Pelayanan kunjungan neonatal pertama (KN1) dilakukan di fasyankes. Kunjungan neonatal kedua dan ketiga dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (d disesuaikan dengan kondisi daerah terdampak COVID-19), dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19.
13. Periode kunjungan neonatal (KN) yaitu :
 - a) KN 1: periode 6 jam sampai 48 jam setelah lahir
 - b) KN 2: periode 3 hari sampai dengan 7 hari.
 - c) KN 3: periode 8 hari sampai dengan 28 hari.
14. Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum pada buku KIA). Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Khusus untuk BBLR, apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke Rumah Sakit.

15. Penggunaan face shield neonatus menjadi alternatif untuk pencegahan COVID-19 di ruang perawatan neonatus apabila dalam ruangan tersebut ada bayi lain yang sedang diberikan terapi oksigen. Penggunaan face shield dapat digunakan di rumah, apabila terdapat keluarga yang sedang sakit atau memiliki gejala seperti COVID-19. Tetapi harus dipastikan ada pengawas yang dapat memonitor penggunaan face shield tersebut.

(Kemenkes, 2020)

2.1.4 Keluarga Berencana

A. Definisi Keluarga Berencana

1. Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen dan upaya ini dapat dilakukan dengan menggunakan cara, alat atau obat-obatan. Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk mencapai hal-hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan (Diana, 2017).
2. Keluarga Berencana merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran. (Priyatni & Rahayu, 2016).

B. Tujuan KB

Menurut (Setyaningsih & Ibrahim, 2012), tujuan KB yaitu:

1. Mengatur jarak dan waktu kehamilan serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.
2. Meningkatkan peserta KB atas dasar kesadaran pribadi dengan dasar pertimbangan agama
3. Usaha untuk membantu peningkatan kesejahteraan keluarga termasuk ibu dan anak.

Sedangkan tujuan KB menurut (Priyatni & Rahayu, 2016) adalah:

1. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak
2. Mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk.
3. Menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

C. Sasaran KB

Menurut (Priyatni & Rahayu, 2016) sasaran KB dibagi menjadi:

1. Sasaran Langsung

Sasaran langsung meliputi pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan angka kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

2. Sasaran Tidak Langsung

Sasaran tidak langsung meliputi pelaksana serta pengelola KB, dengan cara menurunkan jumlah kelahiran melalui pendekatan

kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga yang sejahtera.

D. Ruang Lingkup KB

Ruang lingkup KB meliputi: komunikasi informasi dan edukasi, konseling, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan serta konsultasi genetik (Priyatni & Rahayu, 2016).

E. Persyaratan Medis (*Medical Eligibility*) dalam Penggunaan KB

Menurut (Affandi, et al., 2014), persyaratan medis penggunaan KB adalah:

1. Umum

- a) Pelayanan dan informasi KB merupakan intervensi kunci dalam upaya meningkatkan kesehatan perempuan dan anak, serta merupakan hak asasi manusia
- b) Telah terjadi perkembangan dalam teknologi kontrasepsi yang menghasilkan pilihan lebih banyak metode kontrasepsi aman dan efektif. Namun, masih banyak pasangan yang belum mendapat akses pelayanan KB karena masalah logistik, sosial, perilaku, organisasi, dan prosedur dalam sistem pelayanan kesehatan yang perlu diperbaiki.
- c) Untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan KB yang bermutu dilakukan berbagai strategi misalnya:

- 1) Hak-hak klien perlu dipertimbangkan dalam perencanaan, manajemen dan penilaian dalam pelayanan KB
- 2) Meningkatkan ketersediaan berbagai metode kontrasepsi sehingga klien dapat memilih kontrasepsi yang cocok.
- 3) Melaksanakan konseling dan pelayanan KB berdasar kriteria dan persyaratan medis yang terkini.

2. Isu tentang mutu pelayanan dan akses yang mempengaruhi pemberian kontrasepsi :

- a) Klien harus memperoleh informasi mengenai kontrasepsi yang sesuai untuk mereka. Informasi tersebut meliputi pemahaman tentang efektivitas relatif dari metode kontrasepsi, cara kerja, efek samping, manfaat dan kerugian metode tersebut, gejala dan tanda yang perlu ditindaklanjuti di klinik atau fasilitas kesehatan, kembalinya kesuburan dan perlindungan terhadap IMS.
- b) Untuk metode yang memerlukan prosedur bedah, insersi atau pencabutan alat oleh tenaga terlatih, agar prosedur tersebut dapat dilaksanakan sesuai dengan standar, termasuk prosedur PI.
- c) Peralatan dan pasokan yang cukup dan sesuai dengan kebutuhan harus tersedia.
- d) Petugas pelayanan harus dilengkapi panduan-panduan yang memungkinkan mereka melaksanakan penapisan dan pelayanan terhadap klien sebaik-baiknya dan dapat menghindari risiko.

e) Petugas pelayanan harus mendapat pelatihan yang cukup dalam konseling Keluarga Berencana.

3. Efektivitas

a) Efektivitas relatif (*relatif effectiveness*) dari berbagai metode kontrasepsi yang tersedia

b) Efek negatif kehamilan yang tidak diinginkan pada kesehatan dan risiko kesehatan potensial pada kehamilan dengan kondisi medis tertentu.

Tabel 2.14
Efektivitas Berbagai Metode Kontrasepsi

Tingkat Efektivitas	Metode Kontrasepsi	Kehamilan per 100 perempuan dalam 12 bulan pertama pemakaian	
		Dipakai secara biasa	Dipakai secara tepat dan konsisten
Sangat efektif	Implan	0,05	0,05
	Vasektomi	0,15	0,1
	Suntikan kombinasi	3	0,05
	Suntikan DMPA/NET-EN	3	0,3
	Tubektomi	0,5	0,5
	AKDR CuT-380 A	0,8	0,6
	Pil Progesteron (masa laktasi)	1,0	0,5
Efektif dalam pemakaian biasa, sangat efektif jika dipakai secara tepat dan konsisten	Metode Amenorea Laktasi	2	0,5
	Pil Kontrasepsi Kombinasi	8	0,3
	Pil Progesteron (bukan masa laktasi)	-	0,5
Efektif jika dipakai secara tepat dan konsisten	Kondom pria	15	2
	Senggama terputus	27	4
	Diafragma spermisida +	29	18
	KB alamiah	25	1-9
	Kondom perempuan	21	5
	Spermisida	29	18
	Tanpa KB	85	85

Sumber : (Affandi, et al., 2014)

Kunci : 0-1 : sangat efektif, 2-9 : efektif, >9 : kurang efektif.

4. Beberapa kondisi medis yang akan meningkatkan risiko jika terjadi kehamilan

- a) Hipertensi (tekanan darah $> 160/100$ mmHg)
- b) Diabetes, insulin dependen; dengan nefropati/neuropati /retinopati atau penyakit vaskular lain atau > 20 tahun telah menderita diabetes.
- c) Penyakit jantung iskemik
- d) Stroke
- e) Penyakit jantung katup dengan hipertensi
- f) Karsinoma payudara
- g) Karsinoma endometrium atau ovarium
- h) IMS
- i) HIV/AIDS
- j) Sirosis hati
- k) Hepatoma
- l) Penyakit trofoblas ganas
- m) Penyakit sel bulan sabit (sel sickle)
- n) Skistosomiasis dengan fibrosis hati
- o) Tuberkulosis

5. Kembalinya kesuburan

- a) Semua metode kontrasepsi, kecuali kontrasepsi mantap (sterilisasi), tidak mengakibatkan terhentinya kesuburan.

- b) Kembalinya kesuburan berlangsung segera setelah pemakaian metode kontrasepsi dihentikan, kecuali DMPA dan NET-EN yang waktu rata-rata kembalinya kesuburan adalah masing-masing 10 dan 6 bulan terhitung mulai suntikan terakhir.
- c) Kontrasepsi mantap harus dianggap sebagai metode permanen.

6. Klasifikasi peralatan medis

- a) Keadaan atau kondisi yang mempengaruhi persyaratan medis dalam penggunaan setiap metode kontrasepsi yang tidak permanen dikelompokkan dalam 4 kategori :

- 1) Kondisi dimana tidak ada pembatasan apa pun dalam penggunaan metode kontrasepsi.
- 2) Penggunaan kontrasepsi lebih besar manfaatnya dibandingkan dengan risiko yang diperkirakan akan terjadi.
- 3) Tidak dianjurkan, kecuali cara yang terpilih ditolak atau cara yang dianjurkan tidak tersedia.
- 4) Risiko akan terjadi bila metode kontrasepsi tersebut digunakan.

- b) Kategori 1 dan 4 cukup jelas. Kategori 2 menunjukkan bahwa metode tersebut dapat digunakan, tetapi memerlukan tindak lanjut yang seksama. Kategori 3 memerlukan penilaian klinik dan akses terhadap pelayanan klinik yang baik. Seberapa besar masalah yang ada dan ketersediaan serta penerimaan metode alternatif perlu dipertimbangkan. Dengan perkataan lain, pada

kategori 3, metode kontrasepsi tersebut tidak dianjurkan, kecuali tidak ada cara lain yang lebih sesuai tersedia.

c) Khusus untuk kontrasepsi mantap (tubektomi dan vasektomi) digunakan klasifikasi lain, yaitu:

1) A: Tidak ada alasan medis yang merupakan kontraindikasi dilakukannya kontrasepsi mantap.

2) B: Tindakan kontrasepsi mantap dapat dilakukan, tetapi dengan persiapan dan kewaspadaan khusus.

3) C: Sebaiknya tindakan kontrasepsi mantap ditunda sampai kondisi medis diperbaiki.

4) D: Tindakan kontrasepsi mantap dilakukan oleh tenaga yang sangat berpengalaman dan perlengkapan anesthesia tersedia.

7. Penggunaan klasifikasi untuk penapisan klien

a) Tingkat pengetahuan dan pengalaman petugas kesehatan serta sumber-sumber yang tersedia perlu menjadi pertimbangan.

b) Di tempat pelayanan dengan fasilitas pemeriksaan klinik terbatas, misalnya di Puskesmas, klasifikasi 1 sampai 4 dapat disederhanakan menjadi 2. Klasifikasi 1 dan 2 digabung menjadi klasifikasi 1; klasifikasi 3 dan 4 menjadi 2. Untuk klasifikasi 1

(dengan fasilitas terbatas) metode kontrasepsi tertentu dapat digunakan, untuk klasifikasi 2 tidak boleh digunakan. Pada tempat pelayanan dengan fasilitas lengkap, misalnya di rumah sakit kabupaten, pakailah klasifikasi 1,2,3 dan 4.

F. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

a) Senggama Terputus (coitus interruptus)

1) Pengertian

Metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi (Affandi, et al., 2014).

2) Cara Kerja

Dengan pengeluaran penis sebelum ejakulasi, sperma tidak masuk ke vagina sehingga tidak ada fertilisasi (Affandi, et al., 2014)

3) Efektivitas

Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan pertahun) (Affandi, et al., 2014).

4) Keuntungan

Keuntungannya adalah tidak membutuhkan biaya, alat-alat maupun persiapan (Prawirohardjo, 2011).

5) Kekurangan

Menurut (Prawirohardjo, 2011), beberapa pria bisa saja gagal menggunakan cara ini, karena:

- 1) Adanya pengeluaran air mani sebelum ejakulasi yang mengandung sperma, terlebih lagi pada koitus berulang.
- 2) Terlambatnya pengeluaran penis dari vagina
- 3) Pengeluaran semen dekat vulva dapat menyebabkan kehamilan

b) Metode Amenore Laktasi (MAL)

1) Pengertian

Kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif tanpa bahan makanan tambahan apapun.

MAL dapat dipakai bila ibu menyusui bayinya secara penuh (*full breast feeding*), belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan (Affandi, et al., 2014).

2) Cara Kerja

Cara kerja metode MAL adalah penundaan/penekanan ovulasi (Affandi, et al., 2014).

3) Manfaat

(a) Kontrasepsi

Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan, segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obatan atau alat, tanpa biaya.

(b) Non-kontrasepsi

(1) Untuk Bayi: Mendapat kekebalan pasif; sumber asupan gizi yang terbaik; terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi air, susu formula atau alat minum yang dipakai.

(2) Untuk Ibu: mengurangi perdarahan sehingga mengurangi risiko anemia; meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

(Affandi, et al., 2014)

4) Keterbatasan

- (a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan
- (b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- (c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid
- (d) Tidak melindungi terhadap IMS

(Affandi, et al., 2014)

2. Metode Keluarga Berencana Alamiah

a) Pantang Berkala (sistem kalender)

Metode yang dilakukan dengan tidak melakukan senggama pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina (Affandi, et al., 2014).

b) Metode Lendir Serviks

Metode kontrasepsi dengan cara mengamati lendir yang dikeluarkan dari liang vagina, yaitu: (1) Hari-hari kering, setelah darah haid bersih, kebanyakan ibu mempunyai 1 sampai beberapa hari tidak terlihat adanya lendir dan daerah vagina terasa kering, (2) Hari-hari subur, ketika terobservasi adanya lendir sebelum ovulasi, adanya lendir, walaupun jenis lendir yang kental dan lengket. Lendir subur yang basah dan licin mungkin sudah ada di serviks dan hari subur sudah dimulai, (3) Hari puncak, adanya lendir yang paling licin, mulur dan ada perasaan basah. (Affandi, et al., 2014)

c) Metode Suhu Basal

Menjelang ovulasi suhu basal badan turun, kurang dari 24 jam sesudah ovulasi suhu badan naik lagi sampai tingkat lebih tinggi daripada sebelum ovulasi dan tetap tinggi sampai akan terjadinya haid (Affandi, et al., 2014).

d) Metode Simtothermal

Menurut (Prawirohardjo, 2011), metode simtothermal merupakan metode yang menggabungkan metode lendir serviks dan suhu basal. Menentukan masa subur dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks, yang perlu diperhatikan:

- 1) Setelah darah haid berhenti, ibu dapat bersenggama pada malam hari pada hari kering berselang sehari selama masa tak subur.
- 2) Masa subur mulai ketika ada perasaan basah atau munculnya lendir. Berpantang senggama sampai masa subur berakhir.
- 3) Pantang bersenggama sampai hari puncak dan aturan perubahan suhu telah terjadi.
- 4) Apabila aturan ini tidak mengidentifikasi hari yang sama sebagai akhir masa subur, identifikasi masa subur yang paling panjang.

Manfaat Metode Keluarga Berencana Alamiah

- a) Kontrasepsi: untuk menghindari atau mencapai kehamilan., tidak ada risiko kesehatan berhubungan dengan kontrasepsi, tidak ada efek samping sistemik, murah dan tanpa biaya
- b) Nonkontrasepsi: meningkatkan keterlibatan suami dalam KB, menambah pengetahuan tentang sistem reproduksi pada suami dan istri, memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami istri/pasangan.

Keterbatasan Metode Keluarga Berencana Alamiah

- a) Sebagai kontraseptif sedang (9-20 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama pemakaian).
- b) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan.

- c) Perlu ada pelatihan sebagai persyaratan untuk menggunakan jenis KBA yang paling efektif secara benar.
- d) Dibutuhkan pelatih/guru KBA (bukan tenaga medis) yang mampu membantu ibu mengenali masa suburnya, memotivasi pasangan untuk menaati aturan
- e) Perlu pantang selama masa subur untuk menghindari kehamilan.
- f) Perlu pencatatan setiap hari.
- g) Infeksi vagina membuat lendir serviks sulit dinilai.
- h) Termometer basal diperlukan untuk metode tertentu.
- i) Tidak terlindungi dari IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS.

(Affandi, et al., 2014)

3. Metode Kontrasepsi Sederhana dengan Alat

a) Kondom

1) Pengertian

Selubung atau selubung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Berbentuk silinder, efektif jika dipakai dengan benar. Angka kegagalannya 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun.

(Affandi, et al., 2014).

- 2) Tipe Kondom: Kondom biasa, kondom berkontur (bergerigi), kondom beraroma, kondom tidak beraroma, kondom pria dan wanita (Affandi, et al., 2014)

3) Cara Kerja

- (a) Kondom menghalangi pertemuan sel sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet.
- (b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS). (Affandi, et al., 2014)

4) Manfaat

- (a) Kontrasepsi: efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus, metode kontrasepsi sementara bila kontrasepsi lainnya harus ditunda
 - (b) Non-kontrasepsi: mendorong suami untuk ikut ber KB, mencegah penularan IMS, mencegah ejakulasi dini, mencegah terjadinya kanker serviks, saling berinteraksi dengan pasangan, mencegah imuno infertilitas.
- (Affandi, et al., 2014)

- ### 5) Keterbatasan: efektivitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan mempengaruhi keberhasilan, agak mengganggu hubungan seksual, menyebabkan kesulitan mempertahankan ereksi, harus selalu tersedia setiap berhubungan seksual, beberapa klien malu membeli kondom, pembuangan kondom bekas menimbulkan limbah (Affandi, et al., 2014)

b) Diafragma

1) Pengertian

Kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan kedalam vagina sebelum hubungan seksual dan menutup serviks dengan ukuran diameter 55-100 mm. (Affandi, et al., 2014)

2) Jenis: *flat spring*, *coil spring (coiled wire)*, *arching spring* (kombinasi metal spring) (Affandi, et al., 2014).

3) Mekanisme Kerja

Diafragma menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi dan sebagai alat tempat spermisida (Affandi, et al., 2014)

4) Manfaat

Kontrasepsi: efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI dan hubungan seksual, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik. Non-kontrasepsi: melindungi terhadap IMS/HIV/AIDS, menampung darah menstruasi (Affandi, et al., 2014).

5) Keterbatasan

(a) Efektivitasnya sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama.

- (b) Keberhasilan bergantung pada kepatuhan penggunaan
- (c) Harus menggunakannya setiap berhubungan seksual
- (d) Pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan
- (e) Pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran kemih
- (f) Pada 6 jam pasca hubungan seksual, alat masih harus berada di posisinya.

c) Spermisida

1) Pengertian

Bahan kimia (biasanya non oksinol-9) untuk membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk: aerosol (busa), tablet vagina, suppositoria/dissolvable film, krim (Affandi, et al., 2014).

2) Cara Kerja

Spermisida menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (Affandi, et al., 2014).

3) Pilihan

- (a) Busa (aerosol) efektif segera setelah insersi
- (b) Busa spermisida digunakan hanya sebagai metode kontrasepsi

- (c) Tablet vagina, suppositoria, dan film penggunaannya disarankan menunggu 10-15 menit sesudah dimasukkan sebelum hubungan seksual.
- (d) Jenis spermisida jelli biasanya hanya digunakan dengan diafragma.

(Affandi, et al., 2014)

4) Manfaat

- (a) Kontrasepsi: efektif seketika, tidak mengganggu produksi ASI, digunakan sebagai pendukung metode lain, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, mudah digunakan, meningkatkan lubrikasi, tidak perlu resep dokter/pemeriksaan kesehatan khusus.
- (b) Non-kontrasepsi: perlindungan terhadap IMS (HBV, HIV/AIDS).

(Affandi, et al., 2014)

5) Keterbatasan

- (a) Efektivitas kurang (18-29 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama).
- (b) Efektivitas bergantung pada kepatuhan.
- (c) Harus memakai setiap melakukan hubungan seksual
- (d) Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi.
- (e) Efektivitas aplikasi hanya 1-2 jam

(Affandi, et al., 2014)

4. Metode Kontrasepsi Hormonal

a) Pil Kombinasi

1) Pengertian

Pil kombinasi sangat efektif dan *reversible* serta dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat. Pil kombinasi dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak atau belum, tetapi tidak dianjurkan diminum oleh ibu menyusui karena mengandung hormon estrogen (Affandi, et al., 2014).

2) Jenis

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

(b) Bifasik: kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(c) Trifasik: kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(Affandi, et al., 2014)

3) Cara Kerja

Selain mencegah terjadinya ovulasi, pil juga mempunyai efek lain terhadap traktus genitalis, seperti menimbulkan

perubahan-perubahan pada lendir serviks, sehingga menjadi kurang banyak dan kental, yang mengakibatkan sperma tidak dapat memasuki kavum uteri. Juga terjadi perubahan-perubahan pada motilitas tuba fallopii dan uterus (Prawirohardjo, 2011).

4) Manfaat

- (a) Memiliki efektivitas tinggi (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan)
- (b) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid
- (e) Dapat digunakan jangka panjang
- (f) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.
- (g) Mudah dihentikan setiap saat.
- (h) Kesuburan segera kembali
- (i) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.
- (j) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenore.

(Affandi, et al., 2014)

5) Keterbatasan

- (a) Mahal dan membosankan (menggunakannya setiap hari)

- (b) Mual terutama pada 3 bulan pertama
 - (c) Perdarahan bercak terutama 3 bulan pertama
 - (d) Pusing
 - (e) Nyeri payudara
 - (f) Berat badan naik sedikit
 - (g) Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi.
 - (h) Tidak boleh diberikan pada perempuan yang menyusui
 - (i) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi, dan perubahan suasana hati
 - (j) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, pada usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati.
 - (k) Tidak mencegah IMS, HBV, HIV/AIDS.
- (Affandi, et al., 2014)

b) Pil Progestin (Minipil)

1) Pengertian

Kontrasepsi hormonal yang berbentuk pil yang didalamnya terdapat hormon progesterone, sangat efektif pada masa laktasi. Pil progestin sangat efektif 98,5% keberhasilan (Affandi, et al., 2014).

- 2) Jenis: kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron dan kemasan dengan isi 28 pil: 75 µg desogestrel (Affandi, et al., 2014)

3) Cara Kerja: menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implanasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Affandi, et al., 2014).

4) Manfaat

(a) Kontrasepsi: sangat efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak mempengaruhi ASI, kesuburan cepat kembali, nyaman dan mudah digunakan, sedikit efek samping, dapat dihentikan setiap saat, tidak mengandung estrogen.

(b) Non-kontrasepsi: mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid, menurunkan tingkat anemia, mencegah kanker endometrium, melindungi dari penyakit radang panggul, tidak meningkatkan pembekuan darah, dapat diberikan pada penderita endometriosis, kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi, dapat mengurangi keluhan PMS, sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi (Affandi, et al., 2014).

5) Keterbatasan

- (a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid
- (b) Peningkatan atau penurunan berat badan
- (c) Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama
- (d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
- (e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, jerawat
- (f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi
- (g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberculosi atau epilepsi
- (h) Tidak melindungi diri dari IMS, HIV/AIDS
- (i) Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka), tetapi sangat jarang.

(Affandi, et al., 2014)

c) Suntikan Kombinasi

1) Pengertian

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg *Depo Medroksiprogesteron Asetat* dan 5 mg *Estradiol Sipionat* yang diberikan injeksi IM sebulan sekali, dan 50 mg *Noretindron Enantat* dan 5 mg *Estradiol Valerat* yang diberikan injeksi IM sebulan sekali. Efektivitasnya adalah 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan sehingga suntikan ini sangat efektif (Affandi, et al., 2014).

2) Cara kerja: menekan ovulasi, membuat lendir serviks kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan endometrium (atrofi) sehingga implanasi terganggu, menghambat transportasi gamet oleh tuba (Affandi, et al., 2014).

3) Manfaat

(a) Kontrasepsi: risiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

(b) Non-kontrasepsi: mengurangi jumlah perdarahan, sehingga dapat mencegah anemia, mengurangi nyeri saat haid, pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium, mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, mencegah kehamilan ektopik, melindungi klien dari radang panggul, dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause.

(Affandi, et al., 2014)

4) Kekurangan

(a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari,

- (b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga,
- (c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan,
- (d) Efektifitas berkurang jika digunakan bersamaan dengan obat epilepsi dan tuberculosi,
- (e) Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak, kemungkinan timbulnya tumor hati,
- (f) Penambahan berat badan,
- (g) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, HIV, HBV,
- (h) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

(Affandi, et al., 2014)

5. Suntikan Progesterin

a) Pengertian

Metode kontrasepsi hormonal yang hanya mengandung progesterin. Metode ini sangat aman, efektif, dan dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi serta cocok untuk ibu dalam masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI. Kontrasepsi ini memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan pertahun, asal

penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Affandi, et al., 2014).

b) Jenis

1) *Depo Medroksiprogesteron asetat (Depo Provera)*, mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM didaerah bokong,

2) *Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat)*, yang mengandung 200 mg *Noretindron Enantat*, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik IM.

(Affandi, et al., 2014).

c) Cara Kerja

Mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba (Affandi, et al., 2014).

d) Manfaat

1) Sangat efektif.

2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.

3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.

4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.

5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

- 6) Sedikit efek samping.
- 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- 8) Dapat digunakan oleh perempuan >35 tahun sampai perimenopause.
- 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- 10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- 11) Mencegah beberapa penyebab akibat radang panggul.
- 12) Menurunkan krisis anemia bualn sabit (*sickle cell*).

(Affandi, et al., 2014)

e) Keterbatasan

- 1) Sering diketemukan gangguan haid, seperti: siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting), tidak haid sama sekali.
- 2) Klien sangat bergantung pada sarana pelayanan kesehatan
- 3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- 4) Permasalahan berat badan
- 5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, HBV, HIV/AIDS.
- 6) Terlambatnya kembali kesuburan

- 7) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- 8) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang, menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.

(Affandi, et al., 2014)

6. Metode Kontrasepsi Implan

a) Pengertian

Metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah kehamilan antara 3-5 tahun (Affandi, et al., 2014). *Norplant* adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung *levonorgestrel* yang dibungkus dalam kapsul silastik silikon (*polydimethylsiloxane*) dan disusukkan dibawah kulit. Jumlah kapsul yang disusukkan dibawah kulit adalah sebanyak 6 kapsul dan masing-masing kapsul panjangnya 34 mm dan berisi 36 mg *levonorgestrel*. Setiap hari sebanyak 30 mcg *levonorgestrel* dilepaskan kedalam darah secara difusi melalui dinding kapsul (Prawirohardjo, 2011).

b) Jenis

Implan terdiri dari: Jadelle (Norplant II), Implanon, Implan I dengan Nestorone (Affandi, et al., 2014).

c) Cara Kerja

Menurut (Prawirohardjo, 2011), mekanisme kerja implan adalah: mengentalkan lendir serviks uteri, menimbulkan perubahan-perubahan pada endometrium sehingga tidak cocok untuk implanasi zigot, pada sebagian kasus dapat pula menghalangi terjadinya ovulasi.

d) Keuntungan: tidak mengandung estrogen yang menyebabkan berbagai efek samping pada pemakaian pil kontrasepsi.

e) Kekurangan

(a) Menyebabkan perubahan perdarahan haid: Perdarahan yang lama selama beberapa bulan pertama pemakaian, perdarahan atau bercak perdarahan di antara siklus haid, lamanya perdarahan atau bercak perdarahan berkurang, tidak mengalami perdarahan atau bercak perdarahan sama sekali selama beberapa bulan (amenorea)

(b) Sakit kepala

(c) Perubahan berat badan

(d) Perubahan suasana hati (gugup atau cemas)

(e) Depresi

(f) Lain-lain (muntah, perubahan selera makan, payudara lembek, bertambahnya rambut di badan atau muka dan jerawat.

(Affandi, et al., 2014)

7. Metode Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a) Pengertian

Metode kontrasepsi yang mengandung bahan-bahan seperti tembaga, seng, magnesium, timah, progesteron dan lain-lain yang digunakan untuk menambah efektivitas AKDR (Prawirohardjo, 2011). Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi namun tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar IMS, efektivitasnya tinggi yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan) (Affandi, et al., 2014).

b) Jenis: Lippes loop (spiral), AKDR CuT-380 A (berbetuk kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu)), Nova-T (schering) (Affandi, et al., 2014).

c) Cara Kerja: menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu (Affandi, et al., 2014)

d) Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi.
- 2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).

- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- 6) Meningkatkan kenyamanan seksual
- 7) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
- 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan produksi ASI.
- 9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- 10) Dapat digunakan sampai menopause
- 11) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.
- 12) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

(Affandi, et al., 2014)

e) Keterbatasan

- 1) Efek samping yang umum terjadi: perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, saat haid lebih sedikit
- 2) Komplikasi lain: merasakan 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 apabila pemasangannya benar).
- 3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.

- 4) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- 5) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR.
- 6) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut saat pemasangan.
- 7) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan. Biasanya menghilang 1-2 hari.
- 8) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri.
- 9) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui.
- 10) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
- 11) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu.

(Affandi, et al., 2014)

8. Metode Kontrasepsi Mantap (Steril)

a) Tubektomi

1) Pengertian

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

memastikan apakah seseorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitas tubektomi:

(a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(b) Pada 10 tahun penggunaan terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 kehamilan per 1000 perempuan).

(c) Efektivitas tubektomi sangat tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya.

(Affandi, et al., 2014)

2) Jenis: minilaparotomi, laparoskopi (Affandi, et al., 2014)

3) Cara Kerja

Mengoklusi tuba fallopii (mengikat dan memotong/memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Affandi, et al., 2014)

4) Manfaat

(a) Kontrasepsi: sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada faktor senggama, baik bagi klien apabila kehamilan menjadi risiko kesehatan yang serius,

pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal, tidak ada efek samping dalam jangka panjang, tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).

(b) Non-kontrasepsi: berkurangnya risiko kanker ovarium.

(Affandi, et al., 2014)

5) Keterbatasan

(a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini, kecuali dengan operasi rekalisasi.

(b) Klien dapat menyesal di kemudian hari.

(c) Risiko komplikasi meningkat apabila digunakan anestesi umum

(d) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.

(e) Dilakukan oleh dokter yang terlatih

(f) Tidak melindungi diri dari IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS.

(Affandi, et al., 2014)

b) Vasektomi

1) Pengertian

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan

vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Metode ini membuat sperma tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen. Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis. Efektivitas vasektomi yaitu:

- (a) Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (b) Pada mereka yang tidak dapat memastikan masih adanya sperma pada ejakulasi atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi terjadi 2-3 kehamilan per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (c) Selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan. Bila terjadi kehamilan pasca vasektomi, kemungkinannya adalah: pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barrier) saat senggama dalam 3 bulan

pertama pascavasektomi, oklusi vas deferens tidak tepat, rekanalisis spontan.

(Affandi, et al., 2014)

- 2) Manfaat Non-Kontraseptif: hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang; tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontasepsi

(Affandi, et al., 2014).

- 3) Keterbatasan

- (a) Permanen dan masalah bila klien menikah lagi.
- (b) Kemungkinan penyesalan dikemudian hari.
- (c) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.
- (d) Risiko dan efek samping pembedahan kecil.
- (e) Ada nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah.
- (f) Perlu tenaga pelaksana terlatih.
- (g) Tidak melindungi klien terhadap PMS, HBV, HIV/AIDS.

(Affandi, et al., 2014)

G. Pelayanan KB pada Masa COVID-19

1. Pesan Bagi Masyarakat terkait Pelayanan Keluarga Berencana Pada Situasi Pandemi COVID-19.
 - a) Tunda kehamilan sampai kondisi pandemi berakhir.

- b) Akseptor KB sebaiknya tidak datang ke petugas kesehatan, kecuali yang mempunyai keluhan, dengan syarat membuat perjanjian terlebih dahulu dengan petugas kesehatan.
 - c) Bagi akseptor IUD/implan yang sudah habis masa pakainya. Jika tidak memungkinkan untuk datang ke petugas kesehatan dapat menggunakan kondom yang diperoleh dengan menghubungi petugas PLKB atau kader melalui telfon. Apabila tidak tersedia bisa menggunakan cara tradisional (pantang berkala dan senggama terputus).
 - d) Bagi akseptor pil diharapkan dapat menghubungi PLKB/kader/ petugas kesehatan via telfon untuk mendapatkan pil KB.
 - e) Ibu yang sudah melahirkan sebaiknya langsung menggunakan KB Pasca Persalinan (KBPP).
 - f) Materi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) serta pelaksanaan konseling terkait KB dapat diperoleh secara online atau konsultasi via telfon.
2. Rekomendasi Bagi Petugas Kesehatan terkait Pelayanan Keluarga Berencana pada Situasi Pandemi COVID-19
- a) Petugas kesehatan dapat memberikan pelayanan KB dengan syarat menggunakan APD lengkap sesuai standard dan sudah mendapatkan perjanjian terlebih dahulu dari klien:
 - 1) Akseptor yang mempunyai keluhan
 - 2) Bagi akseptor IUD/ Implan yang sudah habis masa pakainya.

- 3) Bagi akseptor suntik yang datang sesuai jadwal.
 - b) Petugas kesehatan tetap memberikan pelayanan KBPP sesuai program yaitu dengan mengutamakan metode MKJP (IUD Pasca Plasenta / MOW)
 - c) Petugas kesehatan dapat berkoordinasi dengan PLKB dan kader untuk meminta bantuan pemberian kondom kepada klien yang membutuhkan yaitu:
 - 1) Bagi akseptor IUD/Implan/suntik yang sudah habis masa pakainya, tetapi tidak bisa kontrol ke petugas kesehatan.
 - 2) Bagi akseptor suntik yang tidak bisa kontrol kembali ke petugas kesehatan sesuai jadwal.
 - d) Petugas kesehatan dapat berkoordinasi dengan PLKB dan kader untuk meminta bantuan pemberian Pil KB kepada klien yang membutuhkan yaitu: bagi akseptor Pil KB yang harus mendapatkan sesuai jadwal.
 - e) Pemberian materi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) serta pelaksanaan konseling terkait kesehatan reproduksi dan KB dapat dilaksanakan secara online atau konsultasi via telfon.
3. Hal yang Perlu Diperhatikan oleh Petugas Kesehatan dalam Pelaksanaan Pelayanan.
 - a) Mendorong semua PUS untuk menunda kehamilan dengan tetap menggunakan kontrasepsi di situasi pandemi COVID-19, dengan meningkatkan penyampaian informasi/KIE kepada masyarakat.

- b) Petugas kesehatan harus menggunakan APD dengan level yang disesuaikan dengan pelayanan yang diberikan dan memastikan klien yang datang menggunakan masker dan membuat perjanjian terlebih dahulu.
- c) Kader dalam membantu pelayanan juga diharapkan melakukan upaya pencegahan dengan selalu memakai masker dan segera mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir atau handsanitizer setelah bertemu klien.
- d) Berkoordinasi dengan PLKB kecamatan untuk ketersediaan pil dan kondom di kader atau PLKB, sebagai alternatif pengganti bagi klien yang tidak dapat bertemu dengan petugas kesehatan.
- e) Melakukan koordinasi untuk meningkatkan peran PLKB dan kader dalam membantu pendistribusian pil KB dan kondom kepada klien yang membutuhkan, yang tetap berkoordinasi dengan petugas kesehatan.
- f) Memudahkan masyarakat untuk mendapatkan akses informasi tentang pelayanan KB di wilayah kerjanya, misal dengan membuat hotline di Puskesmas dan lain-lain.

(Kemenkes, 2020)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Pendokumentasian (pencatatan) pelaksanaan asuhan kebidanan menggunakan catatan SOAPIE meliputi Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi.

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif (Data Umum)

Pada kunjungan awal dan kunjungan ulang terdapat beberapa pertanyaan pribadi yang berguna dalam memberikan pelayanan secara holistik (Munthe, et al., 2019).

a) Biodata

1) Nama

Untuk mengenal nama ibu serta mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011). Dan mempererat hubungan antara bidan dan pasien sehingga dapat meningkatkan rasa percaya pasien terhadap bidan (Munthe, et al., 2019).

2) Umur

Membantu mengidentifikasi kehamilan yang memerlukan perhatian khusus, seperti (kehamilan remaja, risiko persalinan sulit dengan disproporsi kepala panggul, inersia uteri, tidak kuat mengejan, dan perdarahan post partum) dan usia tua (>35 tahun)

berisiko melahirkan janin dengan kelainan kongenital, risiko diabetes gestasional, risiko hipertensi kehamilan, risiko kesulitan persalinan dan perdarahan post partum (Munthe, et al., 2019).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien yang bertujuan untuk membimbing dan mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010).

4) Pendidikan

Untuk memahami klien dan memberikan gambaran tentang kemampuan klien sehingga mempermudah dalam berkomunikasi sesuai tingkat pendidikan pasien dan suami (Munthe, et al., 2019).

5) Pekerjaan

Untuk mengidentifikasi apakah klien berada pada bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Romauli, 2011). Pekerjaan juga mempengaruhi penghasilan yang berdampak pada kelancaran proses asuhan (Munthe, et al., 2019).

6) Alamat

Mempermudah bidan dalam memberikan asuhan seperti kunjungan rumah atau tindakan segera yang membutuhkan alamat ibu (Munthe, et al., 2019).

7) Data mengenai suami / wali klien

Jika terjadi masalah/keawatdaruratan pada ibu ketika hamil, bersalin maupun nifas maka bidan sudah mengetahui dengan siapa ia harus berunding untuk mengambil suatu keputusan. Selain itu, salah satu prinsip dari asuhan sayang ibu yaitu dengan mengikutsertakan suami atau keluarga dalam proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa dengan adanya pendampingan dari suami atau keluarga, ibu akan mendapatkan rasa aman dan nyaman serta hasil yang lebih baik.

b) Keluhan Utama

Untuk mengetahui kondisi kesejahteraan ibu, kesejahteraan janin dan perkiraan akan terjadinya masalah dalam persalinan. Pengkajian keluhan utama untuk mempermudah bidan dalam memberikan asuhan dan menegakkan diagnosa pada tahap selanjutnya, apakah keluhan pasien merupakan hal yang fisiologis atau patologis (Munthe, et al., 2019). Keluhan yang sering terjadi pada TM III yaitu:

1) Edema dependen

Edema dependen timbul karena gangguan sirkulasi dan peningkatan tekanan pada pembuluh darah vena

pada ekstremitas bawah. Gangguan sirkulasi disebabkan tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul pada saat wanita duduk atau berdiri dan pada vena kava inferior saat posisi terlentang.

2) Nokturia

Merupakan keadaan sering berkemih dikarenakan kandung kemih tertekan oleh uterus yang semakin membesar. Selain itu, kadar hormone estrogen dan progesterone juga mempengaruhi tonus otot saluran kemih menjadi menurun (Asrinah dkk, 2010)

3) Konstipasi

Diduga karena penurunan performa usus dalam melakukan gerakan peristaltik karena peningkatan hormone progesterone, namun hal ini berguna untuk memaksimalkan penyerapan nutrisi dari makanan yang di makan ibu. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

4) Hemorrhoid

Hemorrhoid dapat terjadi karena konstipasi. Selain itu, pembesaran uterus juga mengakibatkan peningkatan tekanan pada vena yang menyebabkan ibu akan mengalami hemorrhoid.

5) Kram pada kaki

Banyak dialami oleh ibu pada TM II dan III. Ada beberapa pendapat mengenai penyebabnya yaitu rahim yang membesar mengakibatkan tekanan yang dapat mengganggu sirkulasi darah pada kaki dan saraf tertentu, adanya ketidakseimbangan kalsium dan fosfor dalam tubuh (Romauli, 2011)

6) Sesak nafas

Merupakan salah satu ketidaknyamanan yang mayoritas dialami oleh ibu hamil di TM III. Pembesaran uterus menyebabkan diafragma tertekan sehingga ibu bisa mengalami sesak. Diafragma mengalami elevasi ± 4 cm selama kehamilan.

7) Varises

Umumnya terjadi pada kehamilan dan merupakan predisposisi yang menyebabkan thrombosis vena poffunda. Ibu hamil harus dkaji mengenai kemungkinan sakit pada kaki, area kemerahan pada betis mungkin terjadi varises, flebitis, atau thrombosis vena profuda (Asrinah dkk, 2010).

8) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah yaitu salah satu ketidaknyamanan yang sering terjadi pada ibu hamil

di TM III. Nyeri terjadi pada area lumbosakral yang disebabkan oleh bergesernya pusat gravitasi dan postur tubuh ibu karena pembesaran uterus.

c) Alasan Datang

Alasan ibu datang ke tempat bidan atau klinik yang diutarakan ibu.

d) Riwayat Kesehatan Ibu

Untuk mengetahui karakteristik personal, riwayat penyakit menular/keturunan serta riwayat pengobatan ibu yang dapat mempengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir (Munthe, et al., 2019).

1) Penyakit jantung

Pada ibu hamil terjadi peningkatan curah jantung sebesar 40% dan meningkat pada usia kehamilan 20-24 minggu. Peningkatan curah jantung dapat meningkatkan risiko gagal jantung pada ibu yang memiliki riwayat penyakit jantung.

2) Hipertensi

Kehamilan dengan hipertensi dapat menyebabkan risiko pre-eklampsia/eklampsia pada kehamilan.

3) Asma

Penyakit asma tidak mempengaruhi kehamilan, tetapi dengan adanya riwayat asma pada ibu hamil dapat memperburuk keadaan ibu saat hamil.

4) Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus dapat menyebabkan gangguan kontraksi otot rahim yang menyebabkan proses persalinan lama, janin besar sehingga sering memerlukan tindakan operasi.

5) Ginjal

Perubahan selama kehamilan menyebabkan ginjal bekerja lebih berat dalam menyaring darah karena bertambahnya volume darah saat kehamilan. Pada ibu dengan riwayat penyakit ginjal akan memperburuk proses kehamilan ibu.

6) Hepatitis dan TBC

Pada ibu dengan hepatitis diperlukan perawatan khusus pada kehamilan, persalinan maupun nifas.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengetahui adanya risiko penyakit menular/keturunan dan kelainan-kelainan genetik.

f) Riwayat Obstetri

1) Riwayat haid

Untuk menentukan hari perkiraan lahir yang sering disebut dengan taksiran persalinan. Riwayat haid mencakup: menarche (awal mula haid, umumnya terjadi pada usia 12-13 tahun), siklus haid (teratur atau tidak, umumnya 21-35 hari), lamanya menstruasi (biasanya 4-7 hari), mengalami dismenorrhea atau tidak serta hari pertama haid terakhir (HPHT) (Munthe, et al., 2019)

2) Riwayat kehamilan yang lalu

Ibu dengan riwayat kehamilan dengan komplikasi & penyulit perlu dirujuk ke RS untuk mengantisipasi keadaan gawat darurat (Manuaba, 2012).

3) Riwayat persalinan yang lalu

Pada multigravida perlu dikaji mengenai riwayat persalinan yang lalu untuk mengetahui apakah ada penyulit atau tidak. Bila persalinan yang lalu adalah persalinan yang spontan, bayi hidup dan aterm, menunjukkan bahwa power, passage dan passanger berjalan dengan baik (Manuaba, 2010).

4) Riwayat nifas yang lalu

Untuk mengetahui apakah pada nifas yang lalu ibu mengalami komplikasi/penyulit. Diharapkan ibu mengalami masa nifas tanpa penyulit, ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun, pengeluaran lochea baik, tidak berbau busuk, tidak ada infeksi, tidak ada bendungan ASI / abses payudara (Manuaba, 2010).

5) Riwayat KB

Untuk mengetahui kontrasepsi apa yang digunakan ibu selama sebelum hamil. Riwayat penggunaan IUD terdahulu pada ibu meningkatkan risiko terjadinya kehamilan ektopik serta tanyakan kepada ibu mengenai keluhan yang dirasakan selama penggunaan KB, lama pemakaian dan jenis kontrasepsi apa yang dipilih ibu (Marmi, 2016).

g) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

1) Nutrisi

Umumnya, nafsu makan ibu akan bertambah dan ibu akan sering merasa lapar (Marmi, 2011).

2) Eliminasi

Pada TM III terjadi peningkatan frekuensi berkemih pada ibu, hal ini dikarenakan bagian terbawah janin masuk ke dalam PAP dan menekan

kandung kemih. Konstipasi terjadi karena penurunan gerak peristaltik usus akibat peningkatan hormon progesterone (Marmi, 2011).

3) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan ibu untuk menjaga kesehatan tubuhnya. Istirahat yang dianjurkan pada ibu hamil adalah tidur malam ± 8 jam dan tidur siang ± 1 jam perharinya (Sulistyawati, 2010).

4) Personal hygiene

Ibu hamil dianjurkan untuk menjaga personal hygiene untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi (Marmi, 2011).

5) Aktivitas

Aktivitas yang dianjurkan adalah aktivitas yang ringan dan tidak membuat ibu kelelahan seperti jalan-jalan pagi. Senam hamil juga dianjurkan untuk ibu hamil TM III yang bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi optimal pada saat melahirkan (Manuaba, 2012).

6) Hubungan seksual

Hubungan seksual perlu dikaji karena jika ibu memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan prematur maka hubungan seksual pada ibu tidak

boleh dilakukan pada TM I dan TM III. Jika tidak ada riwayat abortus atau persalinan premature, hubungan seksual dapat dilakukan sesuai dengan kesepakatan ibu dan suami, serta dianjurkan untuk berhati-hati saat melakukan hubungan seksual (Manuaba, 2012).

7) Riwayat ketergantungan

(a) Merokok

Pola kebiasaan merokok mengakibatkan bayi mengalami kekurangan O₂, racun akan dihisap bayi melalui transfer oleh plasenta. Kandungan nikotin mengakibatkan efek vasokonstriksi, meningkatkan tekanan darah, frekuensi denyut jantung, peningkatan epinefrin dan CO₂ serta meningkatkan risiko abortus spontan, pre-eklampsia dan plasenta abnormal (Marmi, 2011).

(b) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan adalah sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf traktif alkohol, hal ini membuat tenaga kesehatan wajib menanyakan apakah ibu mengonsumsi alkohol dan mengingatkan ibu mengenai efek potensial buruk

akibat mengonsumsi alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011).

(c) Obat terlarang

Wanita yang mengonsumsi obat terlarang pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, retardasi mental atau bahkan kematian janin (Marmi, 2011).

(d) Jamu

Mengidentifikasi apakah ibu meminum ramuan atau jamu. Hal ini perlu ditanyakan karena jamu dapat membuat air ketuban keruh.

h) Data Psikososial dan Spiritual

1) Riwayat perkawinan

(a) Respon suami dan keluarga terhadap kehamilan ini

(b) Respon ibu terhadap kehamilan

(c) Hubungan ibu dengan anggota keluarga suami dan anggota keluarga yang lain

2) Adat setempat yang dianut dan berhubungan dengan kehamilan.

Dukungan selama masa kehamilan utamanya oleh suami sah dan keluarga ibu sangat membantu ibu untuk merasa tenang dan nyaman atas perhatian yang diberikan.

Kualitas asuhan dapat dilihat melalui kemampuan seorang penyedia layanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan, norma dan budaya yang dianut ibu semasa hamil, bersalin maupun nifas termasuk mengenai terapi obat maupun pantangan dalam masyarakat (Munthe, et al., 2019).

2. Data Objektif

Langkah pemeriksaan fisik adalah inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi serta dilakukan secara head to toe. Tujuannya untuk mengetahui kesejahteraan ibu dan janin, mengetahui perubahan yang terjadi pada masa kehamilan.

a) Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

Dikaji saat ibu datang pertama kali dengan melihat keadaan pasien tampak baik-baik saja atau tampak lemah dan pucat. Hal ini perlu dikaji karena untuk mengetahui bila ibu mengalami anemia yang menunjukkan gejala lemah dan lesu.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran mengenai kesadaran pasien dengan melakukan pengkajian tingkat kesadaran apakah composmentis, somnolen, apatis, sopor, sopor coma, atau coma (Sulistyawati, 2010).

3) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Diukur setiap kali pemeriksaan kehamilan. Tekanan darah ibu dikatakan meningkat apabila tekanan sistol meningkat >30 mmHg dan diastole >15 mmHg dari tekanan darah sebelumnya. Menurut WHO batas normal tekanan darah sistolik berkisar 110-120 mmHg. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui bila ibu mengalami pre-eklampsia terutama pada TM II dan III (Munthe, et al., 2019).

(b) Nadi

Pada masa kehamilan akan terjadi peningkatan frekuensi jantung sejak usia kehamilan 4 minggu sekitar 15-20 denyut per menit, kondisi ini memuncak pada usia gestasi 28 minggu karena disebabkan peningkatan curah jantung karena adanya peningkatan total volume darah. Frekuensi nadi normal antara 60-90 kali/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 kali/menit (Munthe, et al., 2019).

(c) Pernapasan

Dikaji untuk mendeteksi secara dini adanya penyakit yang berhubungan dengan pernafasan

yang berpotensi sebagai penyulit pada saat persalinan. Umumnya frekuensi nafas yang normal yaitu 20-24 kali/menit (Munthe, et al., 2019).

(d) Suhu

Suhu tubuh yang meningkat dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan dan disertai peningkatan frekuensi jantung. Pada ibu hamil mengalami peningkatan suhu tubuh sampai $0,5^{\circ}\text{C}$ dikarenakan adanya peningkatan hormon progesteron yang disertai dengan peningkatan metabolisme tubuh ibu hamil. Nilai normal suhu tubuh berkisar antara 36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$ (Munthe, et al., 2019).

(e) Antropometri

(1) Tinggi Badan (TB)

Mendeteksi faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan kelainan rongga panggul pada tinggi badan < 145 cm (Munthe, et al., 2019).

(2) Berat Badan (BB)

Pengkajian dari sebelum dan saat hamil untuk mengetahui adanya peningkatan berat badan selama kehamilan (Munthe, et al., 2019).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Mengetahui adanya risiko KEK pada ibu dan menampis ibu hamil yang mempunyai risiko melahirkan BBLR apabila batas ambang LILA <23,5 cm (Munthe, et al., 2019).

(f) Pemeriksaan fisik

(1) Kepala

Mengamati bentuk kepala, terdapat benjolan yang abnormal, inspeksi kebersihan, warna rambut (Munthe, et al., 2019).

(2) Muka

Mengamati apakah ada cloasma gravidarum, pembengkakan pada wajah. Apabila bengkak terjadi pada wajah, tangan dan kaki merupakan tanda terjadinya eklampsia (Munthe, et al., 2019).

(3) Mata

Konjungtiva pucat menandakan anemia sehingga harus dilakukan penanganan lebih lanjut. Pada pemeriksaan mata juga lihat warna sklera, apabila sklera berwarna kekuningan curigai ibu memiliki riwayat penyakit hepatitis (Munthe, et al., 2019).

(4) Hidung

Amati apakah ada sekret dan pernapasan cuping hidung.

(5) Mulut

Amati bibir (warna, integritas jaringan), lidah (warna dan kebersihan), gigi (kebersihan, karies, gangguan pada mulut). Pada ibu hamil terjadi peningkatan risiko pembengkakan gusi maupun perdarahan pada gusi. Hal ini karena pelunakan dari jaringan daerah gusi akibat peningkatan hormon, kadang timbul benjolan bengkak kemerahan pada gusi & menyebabkan gusi mudah berdarah (Munthe, et al., 2019)

(6) Telinga

Amati kesimetrisan bentuk dan kebersihan (ada serumen atau tidak).

(7) Leher

Periksa adanya pembengkakan pada leher yang biasanya disebabkan oleh pembengkakan kelenjar tiroid dan apabila ada pembesaran pada vena jugularis, curigai bahwa ibu memiliki penyakit jantung. (Munthe, et al., 2019).

(8) Dada

Perhatikan kesimetrisan payudara, bentuk puting payudara menonjol/mendatar, apabila mendatar, beri ibu konseling perawatan payudara. Perhatikan adanya bekas operasi dan lakukan palpasi untuk mengetahui benjolan abnormal dan nyeri tekan dimulai dari daerah axilla sampai seluruh bagian payudara. Periksa adanya pengeluaran kolostrum. Pemeriksaan payudara untuk mempersiapkan ibu dalam menyusui bayi (Munthe, et al., 2019). Selain itu, dilakukan pula pemeriksaan denyut jantung dan bunyi pernapasan.

(9) Abdomen

Pembesaran abdomen yang tidak sesuai usia kehamilan ialah faktor risiko terjadinya kehamilan dengan mola hidatidosa, kehamilan kembar, polihidramnion. Sedangkan mengkaji adanya luka bekas operasi untuk mengetahui adanya faktor risiko terjadinya robekan pada luka parut uterus karena bekas operasi SC (Munthe, et al., 2019). Menentukan letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala dengan

melakukan pemeriksaan Leopold yang terbagi menjadi 4 tahap:

(a) Leopold I

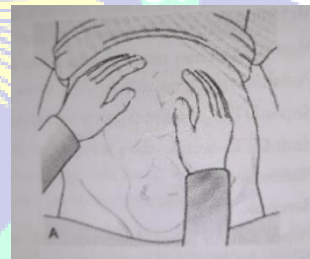
Tujuan pemeriksaan: mengetahui TFU untuk memperkirakan UK dan menentukan bagian janin yang berada di fundus uteri.

Cara pemeriksaan:

- (1) Periksa menghadap ke arah ibu
- (2) Minta ibu untuk menekuk kaki
- (3) Mulai pemeriksaan dengan mengumpulkan fundus uteri ke arah tengah dengan menggunakan jari-jari tangan kiri, ukur TFU dengan batasan simfisis pubis - pusat - processus xipoudeus. Berdasarkan hasil pengukuran dari pemeriksaan palpasi dapat diperkirakan UK dan disesuaikan dengan hasil anamnesis HPHT.

Setelah fundus uteri terukur lanjutkan untuk meraba bagian yang berada di fundus. Bila teraba bagian yang bulat keras dan terasa melenting merupakan sifat dari kepala janin.

Apabila kepala janin berada di fundus uteri maka janin dalam presentasi bokong. Apabila teraba bagian yang besar bulat dan lunak dan tidak melenting itu merupakan sifat dari bokong janin. Apabila bokong janin berada di fundus uteri maka janin dalam presentasi kepala. Namun, apabila teraba bagian yang melebar dan datar pada fundus uteri merupakan sifat dari punggung janin, sehingga posisi janin ialah melintang (Munthe, et al., 2019).



Gambar 2.17
Leopold I

Sumber: (Munthe, et al., 2019)

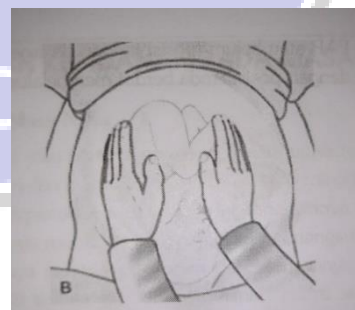
(b) Leopold II

Tujuan Pemeriksaan: mengetahui bagian janin yang berada pada bagian samping kanan dan kiri uterus. Cara pemeriksaan:

(1) Setelah melakukan Leopold I pindahkan tangan ke bagian kanan dan kiri uterus ibu, tangan kanan meraba bagian janin yang berada disamping kiri uterus dan tangan kiri menahan pada sisi sebelahnya begitu pula sebaliknya.

(2) Apabila teraba bagian keras yang datar dan memanjang itu adalah sifat dari punggung janin, kemudian tentukan pada bagian sebelah mana punggung janin berada.

(3) Apabila pada bagian samping kanan atau kiri ibu teraba bulat, keras dan melenting pada sisi sebaliknya teraba bulat, besar dan lunak maka janin dalam posisi melintang (Munthe, et al., 2019).



Gambar 2.18
Leopold II

Sumber: (Munthe, et al., 2019)

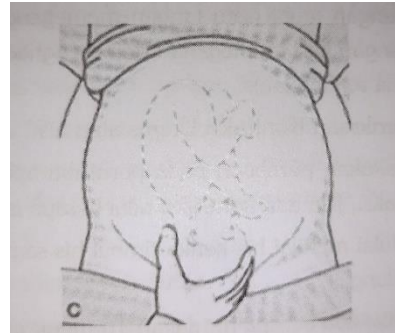
(c) Leopold III

Tujuan Pemeriksaan: menentukan presentasi janin dan menentukan apakah presentasi sudah masuk ke PAP. Cara pemeriksaan:

(1) Setelah meraba samping kanan dan kiri uterus, pindahkan tangan kiri ke arah fundus dan tangan kanan ke bagian bawah uterus.

(2) Apabila teraba keras dan saat digoyangkan terasa lentingan pertanda kepala janin. Apabila teraba lunak dan bila digoyangkan tidak ada lentingan pertanda bokong janin.

(3) Saat bagian terbawah janin dapat digoyangkan berarti bagian terbawah janin belum masuk PAP, sebaliknya jika bagian terbawah janin tidak bergoyang, maka bagian terbawah janin sudah masuk PAP (Munthe, et al., 2019).



Gambar 2.19
Leopold III

Sumber: (Munthe, et al., 2019)

(d) Leopold IV

Tujuan Pemeriksaan: memastikan bagian terbawah janin adalah masuk PAP, menentukan seberapa jauh bagian terbawah janin sudah memasuki PAP. Cara pemeriksaan:

- (1) Pemeriksa merubah posisi menjadi membelakangi ibu.
- (2) Minta ibu untuk meluruskan kaki.
- (3) Setelah melakukan palpasi Lepold III.
- (4) Pindahkan tangan sebelah kanan dan kiri ibu pada perut bagian bawah, raba dan susuri bagian terbawah janin. Pertemukan ujung-ujung jari pada tangan kanan dan kiri, apabila jari-jari dapat bertemu maka disebut konvergen (bagian terbawah janin belum masuk

PAP). Apabila ujung jari tidak dapat dipertemukan disebut divergen (bagian terbawah janin sudah memasuki PAP) (Munthe, et al., 2019).



Gambar 2.20

Leopold IV

Sumber: (Munthe, et al., 2019)

(5) Penurunan kepala dimulai dengan 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, kepala belum masuk PAP) sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP)

Pada abdomen dilakukan pula pemeriksaan:

(a) Mengukur TFU (Mc. Donald)

Pengukuran TFU McDonald dengan menggunakan pita meter dimulai dari tepi atas simfisis pubis sampai fundus uteri. Tujuannya untuk mengetahui pembesaran uterus sesuai dengan UK yang ditentukan berdasarkan HPHT dan kapan gerakan

janin dirasakan. Cara menghitung TFU untuk menentukan UK adalah:

TFU (cm) x 2/7 (durasi dalam bulan)

TFU (cm) x 8/7 (durasi dalam minggu)

Dari TFU, digunakan untuk menghitung

TBJ dengan teori Johnson-Tausack, yaitu:

Jika bagian terbawah janin belum memasuki PAP: $TBJ = (TFU - 12) \times 155$

Jika bagian terbawah janin sudah memasuki PAP: $TBJ = (TFU - 11) \times 155$

(Munthe, et al., 2019)

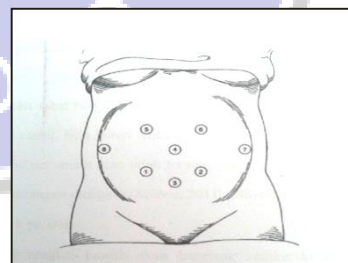
(b) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Pemeriksaan DJJ menggunakan fetoskop / doppler. Tujuan pemeriksaan:

- (1) Sebagai tanda pasti kehamilan dan menilai apakah janin hidup atau mati
- (2) Dapat diketahui presentasi, posisi, letak dan adanya janin kembar
- (3) Mendengarkan irama dan menghitung frekuensi DJJ.

DJJ dapat terdengar dengan fetoskop pada UK 20 minggu, dengan menggunakan doppler pada UK 12 minggu. Caranya:

- (1) Tentukan area terdengarnya DJJ yang paling keras (*Punctum Maximum*). Lokasi *punctum maximum* adalah area punggung atas dibawah sub oksiput janin. Apabila janin posisi membujur dan presentasi kepala, maka *punctum maximum* berada diarea antara pusat dan simfisis tergantung dengan letak punggung janin. Sedangkan apabila janin dalam posisi sungsang dan presentasi bokong, maka *punctum maximum* berada diarea pusat dan *processus xipoideus*. Selain itu melalui pemeriksaan ini dapat diketahui apakah janin tunggal atau kembar dari DJJ yang terdengar di dua tempat berbeda.



Gambar 2.21
Letak *Punctum Maximun* Setelah
Minggu ke- 26 Gestasi Pada Posisi
Normal
Sumber: (Munthe, et al., 2019)

(2) Meletakkan fetoskop/leanec pada area *punctum maximum*, apabila sudah terdengar bunyi DJJ maka pastikan DJJ dengan cara membedakannya dengan denyut nadi ibu pada arteri radialis.

(3) Hitung bunyi DJJ selama 1 menit penuh dan perhatikan iramanya, frekuensi DJJ normal pada janin adalah 120-160 kali/menit. (Munthe, et al., 2019)

(10) Genitalia

Untuk mengetahui kondisi anatomis genitalia eksterna dan mengetahui adanya tanda infeksi dan penyakit menular seksual. Periksa apakah cairan pervaginam (sekret) berwarna dan berbau. Lakukan pemeriksaan anus, lihat adakah kelainan, misalnya haemorrhoid dan kebersihan perineum (Munthe, et al., 2019).

(11) Ekstremitas

Pemeriksaan tangan dan kaki untuk mengetahui adanya pembengkakan/edema sebagai indikasi pre-eklampsia. Pada kaki dilakukan pemeriksaan varises dan edema.

Pemeriksaan edema dilakukan dengan cara menekan pada bagian pretibia, dorsopedis dan malleolus selama 5 detik, apabila terdapat bekas cekungan yang lambat kembali menandakan bahwa terjadi pembengkakan pada kaki ibu, selain itu warna kuku yang kebiruan menandakan bahwa ibu anemia. Derajat edema yaitu:

- a) Derajat I: kedalamannya 1-3 mm dengan waktu kembali 3 detik.
- b) Derajat II: kedalamannya 3-5 mm, dengan waktu kembali 5 detik.
- c) III: kedalamannya 5-7 mm dengan waktu kembali 7 detik.
- d) Derajat IV: kedalamannya 7 mm atau lebih dengan waktu kembali 7 detik.

(Munthe, et al., 2019)

Pada kaki juga dilakukan pemeriksaan refleks patella (pengetukan pada tendon patella menggunakan refleks hammer). Pada kondisi normal apabila tendon patella diketuk maka akan terjadi refleks pada otot paha depan di paha berkontraksi dan menyebabkan

kaki menendang keluar. Jika reaksi negatif kemungkinan ibu hamil mengalami kekurangan vitamin B1. Jika dihubungkan dengan persalinan, ibu hamil yang refleks patella negatif pada pasien pre-eklampsia atau eklampsia tidak dapat diberikan $MgSO_4$ (Munthe, et al., 2019).

Tabel 2.15
Skala Penilaian Refleks Patella

Grade	Deskripsi
0	Arefleksia
+/+1	Hiporefleksia
++/+2	Normal
+++/+3	Hiperefleksia
++++/+4	Hiperefleksia dengan Klonus

Sumber : (Munthe, et al., 2019)

Arefleksia: pasien tidak dapat merespon rangsangan, bahkan setelah melakukan jendrasik maneuver (mengalihkan perhatian agar tidak berupaya untuk menahan refleks).

Hiporefleksia: adanya kontraksi otot, tetapi tidak ada kontraksi pada sendi. Normal: menandakan bahwa adanya kontraksi otot dan sendi. Hiperefleksia: refleks terjadi lebih cepat dari biasanya dan berlangsung lebih hebat karena adanya perluasan stimulus di otot bukan ditendon pasien. Hiperefleksia

dengan klonus: respon refleks yang berulang dan ritmis apabila tendon diregangkan secara manual (Munthe, et al., 2019).

(12) Pemeriksaan panggul

Untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan, apakah terdapat dugaan kesempitan panggul atau kelainan panggul.

Pemeriksaan panggul dilakukan:

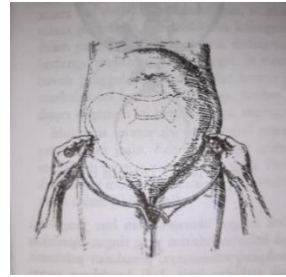
- 1) Pada pemeriksaan pertama ibu hamil
- 2) Pada ibu yang pernah melahirkan namun ada kelainan pada persalinan yang lalu (SC)
- 3) Primigravida.

Pemeriksaan panggul luar dapat memberi petunjuk akan kemungkinan panggul sempit.

Ukuran-ukuran luar yang terpenting adalah:

- 1) Distansia spinarum (± 24 cm – 26 cm)

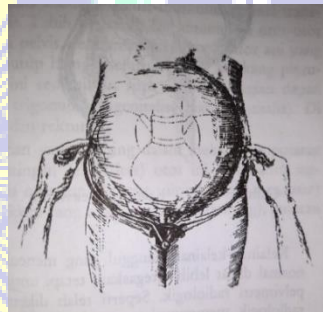
Merupakan jarak antara spina iliaca anterior superior sinistra dan dextra (Munthe, et al., 2019).



Gambar 2.22
Distansia Spinarum
Sumber : (Saifuddin, et al., 2016)

2) Distansia cristarum ($\pm 28 \text{ cm} - 30 \text{ cm}$)

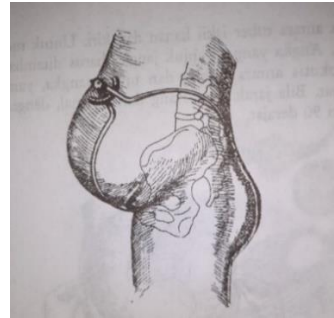
Merupakan jarak yang terjauh antara crista iliaca kanan dan kiri (Munthe, et al., 2019).



Gambar 2.23
Distansia cristarum
Sumber : (Saifuddin, et al., 2016)

3) Conjugata externa (boudeloque) ($\pm 18 \text{ cm}$)

Jarak antara tepi atas simfisis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (Munthe, et al., 2019).



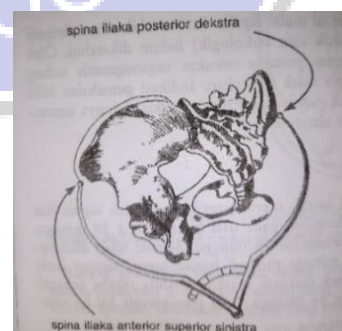
Gambar 2.24

Konjugata eksterna (boudeloque)

Sumber : (Saifuddin, et al., 2016)

- 4) Distansia obliqua eksterna (ukuran miring luar)

Jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior dekstra dan dari spina iliaka posterior dekstra ke spina iliaka anterior superior sinistra. Kedua ukuran ini bersilang. Jika panggul normal, maka kedua ukuran ini tidak banyak berbeda. Jika panggul asimetrik (miring), kedua ukuran akan berbeda sekali (Saifuddin, et al., 2016).



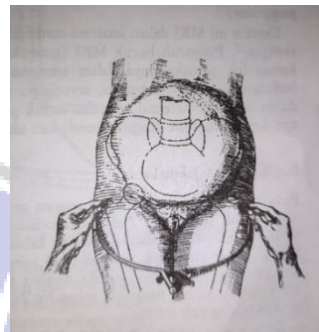
Gambar 2.25

Distansia obliqua eksterna

Sumber : (Saifuddin, et al., 2016)

5) Distansia intertrokanterika

Jarak antara kedua trokanter mayor
(Saifuddin, et al., 2016).



Gambar 2.26
Distansia intertrokanterika
Sumber : (Saifuddin, et al., 2016)

6) Distansia tuberum ($\pm 10,5$ cm)

Jarak antara tuber iscii kanan dan kiri.
Untuk mengukurnya digunakan jangka
Oseander. Angka yang ditunjuk jangka
harus ditambah 1,5 cm karena adanya
jaringan subkutis antara tulang dan ujung
jangka, yang menghalangi pengukuran
secara tepat. Bila jarak ini kurang dari
normal, dengan sendirinya arkus pubis
lebih kecil dari 90 derajat (Saifuddin, et
al., 2016).



Gambar 2.27
Distansia tuberum
Sumber : (Saifuddin, et al., 2016)

7) Ukuran lingkar panggul

Diukur dari tepi atas simfisis ke pertengahan spina iliaca anterior superior sinistra dan trochanter major sinistra kemudian ke processus spinosus ruas tulang lumbal ke V kemudian ke pertengahan spina iliaca anterior superior dextra dan trochanter major dextra dan kembali lagi ke tepi atas simfisis pubis, pengukuran menggunakan pita meter dengan batas normal (80-95 cm) (Munthe, et al., 2019).

b) Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan darah

(a) Golongan darah

Dikaji untuk langkah antisipasi adanya gawat darurat pada ibu ketika persalinan. Tindakan

transfusi darah dapat dilakukan apabila golongan darah pendonor dan pasien sesuai, jika tidak sesuai maka akan terjadi penggumpalan plasma darah atau aglutinin menggumpal dan terjadi hemolisis (pecahnya sel darah merah) (Munthe, et al., 2019)

(b) Hemoglobin (Hb)

Untuk mengetahui apakah ibu anemia / tidak.

Prinsip kerja pemeriksaan Hb yaitu oleh asam klorida diubah menjadi hematin asam yang berwarna coklat tua. Penambahan aquadest sampai warnanya sama dengan standar warna, Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli digolongkan:

Hb 11g% : tidak anemia

Hb 9-10g% : anemia ringan

Hb 7-8g% : anemia sedang

Hb <7% : anemia berat

(Munthe, et al., 2019).

2) Pemeriksaan urine

(a) Glukosa urine

Pemeriksaan ini dibutuhkan untuk mengetahui resti pada ibu hamil yaitu DM (Munthe, et al., 2019).

Tabel 2.16
Hasil Pemeriksaan Glukosa Urine

Hasil	Interpretasi
Tetap biru atau sedikit kehijau-hijauan	Negatif
Hijau kekuning-kuningan dan keruh (0,5-1% glukosa)	Positif +
Kuning keruh (1-1,5% glukosa)	Positif ++
Jingga atau warna lumpur keruh (2-3,5% glukosa)	Positif +++
Merah keruh (>dari 3,5% glukosa)	Positif ++++

Sumber : (Munthe, et al., 2019)

(b) Protein urine

Pemeriksaan protein urine dibutuhkan oleh ibu hamil bila dicurigai mengalami pre-eklampsia ringan atau berat (Munthe, et al., 2019).

Tabel 2.17
Hasil Pemeriksaan Protein Urine

Hasil	Interpretasi
Tidak ada keruhan	Negatif
Kekeruhan ringan tanpa butiran (0,01, 0,05% protein)	Positif +
Kekeruhan mudah dilihat dengan butiran (0,05-0,2% protein)	Positif ++
Urine jelas keruh dan kekeruhan dengan kepingan (0,2-0,5% protein)	Positif +++
Urine sangat keruh dan kekeruhan dengan gumpalan (>dari 0,5%)	Positif ++++

Sumber : (Munthe, et al., 2019)

c) Pemeriksaan Penunjang Lain

(a) Pemeriksaan USG

Indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan TM III antara lain penentuan usia kehamilan, evaluasi

pertumbuhan janin, terduga kematian janin, terduga kelainan volume cairan amnion, evaluasi kesejahteraan janin, KPD atau persalinan preterm, penentuan presentasi janin, versi luar, terduga inkompetensia serviks, terduga nyeri pelvis atau nyeri abdomen, evaluasi kelainan kongenital, terduga membantu tindakan adanya tumor pelviks atau kelainan uterus kordosentesis atau amnioinfusi (Romauli, 2011)

(b) NST (*Non Stress Test*)

Untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Teknik pemeriksaan NST adalah:

- (1) Sebelum pemeriksaan dimulai, lakukan pemeriksaan tensi, suhu, nadi, dan frekuensi pernafasan ibu. Tensi diukur setiap 10 – 15 menit (hasilnya dicatat pada kertas KTG)
- (2) Pasien berbaring dalam posisi semi flowler dan sedikit miring ke kiri. Hal ini untuk memperbaiki sirkulasi darah ke janin.
- (3) Perhatikan frekuensi dasar DJJ (120-160 dpm)
- (4) Setiap terjadi gerakan janin berikan tanda pada kertas KTG. Perhatikan apakah terjadi akselerasi DJJ (sedikitnya 15 dpm)

- (5) Perhatikan variabilitas DJJ (normal antara 5 – 25 dpm)
- (6) Lama pemeriksaan sedikitnya 20 menit (Marmi, 2011)

B. Diagnosis

Setelah dilakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik, maka dapat dilakukan diagnosa. Selain itu dapat pula diketahui: hamil atau tidak, primi atau multigravida, usia kehamilan, janin hidup atau mati, janin tunggal atau kembar, letak janin, janin intra atau extrauterin, keadaan jalan lahir, keadaan umum ibu (Sutanto & Fitriana, n.d.)

C. Intervensi

Diagnosa G PAPIAH usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik (Manuaba, 2010).

Tujuan:

1. Ibu dapat mengetahui keadaan dirinya dan bayinya, kehamilan berlangsung dengan baik dan dapat lahir spontan.
2. Ibu merasa aman dan puas akan pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan (bidan)

Kriteria:

1. Kesehatan ibu baik

2. Keadaan umum ibu baik
3. Kesadaran ibu composmentis
4. TTV ibu dalam batas normal

Tekanan darah : 110/70 - 130/90 mmHg

Nadi : 60 - 90 x/menit

Suhu : 36,5 - 37,5 C

Pernafasan : 20 - 24 x/menit

5. Berat badan : selama masa kehamilan, berat badan ibu hamil bertambah sekitar 12,5 kg.

6. TFU sesuai dengan usia kehamilan.

7. Pemeriksaan laboratorium:

- a) Hb kurang dari 11 gr%
- b) Protein urine negatif
- c) Glukosa urine negatif

8. Kesehatan janin

- a) Usia bayi aterm dan lahir pervaginam
- b) DJJ 120 - 160 x/menit teratur kuat
- c) Gerakan janin normal yaitu 10 gerakan dalam 12 jam
- d) TBJ normal

Intervensi

1. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ ibu akan lebih tenang jika mengetahui hasil pemeriksaannya.

2. Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah di TM III

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya dan meminimalkan rasa cemas pada ibu.

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

R/ dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar

4. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III dan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera jika terdapat tanda bahaya.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya kehamilan agar ibu mengetahui tentang kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5. Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan

R/ dengan adanya persiapan persalinan akan mengurangi kekacauan saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu

6. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan

R/ ibu akan segera datang ke fasilitas kesehatan jika merasakan tanda-tanda persalinan untuk mendapatkan pertolongan persalinan.

7. Anjurkan ibu untuk melakukan kontrol ulang secara rutin sesuai dengan jadwal atau jika ada keluhan / masalah

R/ memantau keadaan ibu dan janin serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

Intervensi

1. Masalah 1 : Edema dependen

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

Kriteria : setelah tidur atau istirahat edema berkurang

a) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

R/ ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvis ketika duduk atau vena kava inferior ketika berbaring.

b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki ditinggikan.

R/ mengurangi penekanan pada vena kava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

c) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

d) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

R/ pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

e) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/ penggunaan penyokong atau korset pada abdomen dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul.

2. Masalah 2 : Nokturia

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

Kriteria:

- a) Ibu BAK 7-8 x / hari terutama siang hari
- b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi:

- a) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.
R/ ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.
- b) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti halnya kopi, teh, softdrink.
R/ bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.
- c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.
R/ menahan BAK akan mempermudah timbulnya ISK
- d) Anjurkan minum 8 - 10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore serta BAK sebelum tidur.
R/ mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

3. Masalah 3 : Konstipasi karena peningkatan progesterone

Tujuan : tidak terjadi konstipasi.

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

Intervensi :

a) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

R/ jika ibu BAB secara teratur dapat menghindari pembekuan feses.

b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan dan makan makanan yang berserat.

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

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

R/ minum panas atau dingin dapat merangsang BAB.

d) Anjurkan ibu melakukan latihan (berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur).

R/ memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

4. Masalah 4 : Kram kaki

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

Kriteria :

- a) Kram pada kaki berkurang.
- b) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai terjadi.

Intervensi:

- a) Jelaskan penyebab kram kaki

R/ ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan kalsium dalam tubuh.

- b) Anjurkan ibu untuk senam hamil secara teratur.

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

- c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massase

R/ sirkulasi darah ke jaringan lancar.

- d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

- e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/ otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

- f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/ konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang

5. Masalah 5 : Sesak nafas

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

Kriteria :

- a) Frekuensi pernapasan 20 - 24 x/menit.
- b) Ibu menggunakan pernapasan perut.

Intervensi:

- a) Jelaskan pada ibu penyebab terjadinya sesak nafas.
R/ ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus menekan diafragma.
- b) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal yang tinggi.
R/ menghindari tekanan diafragma.
- c) Anjurkan ibu senam hamil teratur.
R/ merelaksasikan otot-otot serta latihan pernapasan.
- d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.
R/ aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.
- e) Anjurkan ibu berdiri merenggangkan lengannya diatas kepala
R/ peregangan tulang meringankan penarikan nafas.

6. Masalah 6 : pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan.

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria:

- a) Pusing berkurang
- b) Kesadaran composmenties
- c) Tidak terjadi jatuh atau hilang keseimbangan

Intervensi :

- a) Jelaskan pada ibu penyebab pusing.

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

- b) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/ agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

- c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiam terlalu lama dilingkungan panas dan sesak.

R/ kekurangan oksigen karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

- d) Jelaskan untuk menghindari posisi terlentang.

R/ sirkulasi oksigen ke otak lancar.

7. Masalah 7 : varises

Tujuan : tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : tidak terdapat varises

Intervensi :

a) Kenakan kaos kaki penyokong

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

b) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

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

d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

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

e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

8. Masalah 8 : Nyeri punggung

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

Kriteria : nyeri punggung berkurang

Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu tentang fisiologis nyeri punggung

R/ penjelasan membuat kecemasan ibu berkurang.

b) Ajarkan pada ibu body mekanik.

R/ menghindari sikap yang salah pada body mekanik untuk mengurangi ketegangan otot sehingga nyeri punggung berkurang.

c) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal atau sepatu tinggi.

R/ hak yang tinggi menyebabkan hiperdosis sehingga nyeri punggung bertambah.

d) Anjurkan pada ibu untuk melakukan kompres hangat pada pinggang

R/ meningkatkan vaskularisasi daerah pinggang sehingga spasme otot dan rasa nyeri berkurang.

e) Motivasi ibu untuk senam hamil yang sesuai UK.

R/ senam hamil meningkatkan relaksasi dan kenyamanan ibu

f) Menggunakan penopang abdomen

R/ mengurangi tekanan pada vena kava inferior

g) Anjurkan ibu untuk tidur dengan diganjal bantal

R/ mengurangi nyeri pada otot pinggang

9. Masalah 9 : Kecemasan menghadapi persalinan.

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria : ibu tampak tenang dan rileks

Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan.

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

b) Anjurkan ibu mandi air hangat.

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

c) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

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

10. Masalah 10 : hemorrhoid

Tujuan : hemorrhoid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria:

a) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, bau khas feses.

b) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

c) Tidak terdapat hemorrhoid derajat I (tidak terjadi prolaps), derajat II (terdapat prolaps hemorrhoid yang

masuk sendiri / reposisi spontan), derajat III (terdapat prolaps hemorrhoid yang tidak dapat masuk sendiri / reposisi manual), derajat IV (terdapat prolaps hemorrhoid yang tidak dapat didorong masuk meskipun sudah reposisi manual akan keluar lagi)

Intervensi:

a) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat sehingga mempermudah pengeluaran feses.

b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas setiap bangun pagi

R/ minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon.

c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan

R/ olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga sistem pencernaan dapat berjalan lancar.

d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat BAB.

R/ mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemorrhoid.

e) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/ air hangat tidak hanya memberikan kenyamanan tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ kompres diperlukan untuk mengurangi hemorrhoid.

g) Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan daerah anus.

R/ dengan menjaga kebersihan daerah anus dapat terhindar dari infeksi.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/menkes/SK/VII/2007 tentang standart asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio psiko sosial spiritual kultural.
2. Setiap tindakan asuhan yang harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya. (*Informed consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan klien atau pasien.
5. Menjaga privasi klien atau pasien.

6. Melakukan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
7. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
8. Melakukan tindakan sesuai standart.
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

E. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI 938/menkes/SK/VII/2017 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:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.

Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien atau pasien.

F. Dokumentasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI 938/menkes/SK/VII/2017 tentang standart asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan

jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S, adalah data subjektif mencatat hasil anamnesa
 - O, adalah data objektif mencatat hasil pemeriksaan
 - A, adalah hasil analisa, mencatat diganosa dan masalah kebidanan
 - P, adalah penatalaksanaan mencatat perencanaan dan penatalaksanaan yang dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi *follow up* dan rujukan.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Pendokumentasian (pencatatan) pelaksanaan asuhan kebidanan menggunakan catatan SOAPIE meliputi Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi.

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif
 - a) Identitas
 - 1) Nama

Perlu ditanyakan kepada ibu agar bidan dapat memanggil klien dengan sebutan nama panggilan sehingga

komunikasi antara bidan dan klien menjadi lebih akrab (Sulistyawati dkk, 2010).

2) Umur

Kematian pada ibu hamil dan melahirkan dengan usia <20 dan lebih dari >30 tahun akan lebih tinggi daripada kematian yang terjadi pada usia 20-29 tahun.

3) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan spiritual terhadap pasien menurut keyakinannya.

4) Pendidikan terakhir

Untuk menentukan metode apa yang paling tepat untuk diberikan kepada klien dalam penyampaian KIE mengenai persalinan. Tingkat pendidikan klien mempengaruhi pemahamannya terhadap instruksi dan informasi bidan

5) Pekerjaan

Untuk mengetahui apakah pekerjaan ibu berpengaruh terhadap kehamilan maupun persalinan.

6) Alamat

Data mengenai distribusi lokasi pasien, memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.

(Munthe, et al., 2019)

b) Keluhan utama

Alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Pada kasus persalinan, informasinya mencakup:

- 1) Kapan mulai terasa his, bagaimana intensitas dan frekuensinya. His persalinan mempunyai ciri khas yaitu pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan dengan sifat teratur, semakin lama semakin kuat dan sering, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas makin bertambah (Munthe, et al., 2019).
- 2) Pengeluaran cairan dari vagina, berupa lendir / darah / ketuban, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya. Pembukaan menyebabkan lendir yang berada pada kanalis servikalisis lepas. Perdarahan terjadi karena kapiler pembuluh darah pecah. Ketuban biasanya pecah menjelang persalinan atau pembukaan lengkap (Munthe, et al., 2019).
- 3) Terdapat gejala utama pada Kala II menurut Manuaba (2012):
 - (a) His semakin kuat dengan interval 2 - 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 pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan karena tertekannya *pleksus frankenhauser*.

c) Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi

Riwayat haid mencakup: menarche (awal haid, umumnya pada usia 12-13 tahun), siklus haid teratur atau tidak untuk setiap bulannya (umumnya 21-35 hari), lama menstruasi biasanya 4-7 hari, mengalami dismenorrhea atau tidak (Munthe, et al., 2019).

2) Hari Pertama Haid Terakhir

HPHT diperlukan untuk menentukan hari perkiraan lahir. Bila siklus haid 28 hari rumus yang dipakai yaitu rumus neagel $+7$ hari, bulan -3 , tahun $+1$ (Munthe, et al., 2019).

3) Riwayat kehamilan yang lalu

Untuk mengetahui ibu memiliki anak berapa, ada masalah atau tidak dengan kehamilan lalu. Jika terdapat masalah, maka risiko timbulnya masalah pada kehamilan ini semakin besar. (Munthe, et al., 2019).

4) Riwayat persalinan yang lalu

Perlu dikaji riwayat persalinan yang lalu spontan/buatan, aterm/premature, kapan, lahir dimana,

ditolong siapa, ada masalah/tidak. Riwayat persalinan seperti persalinan aterm, premature, abortus, persalinan dengan vacum ekstraksi / forcep, SC, riwayat perdarahan, hipertensi pada kehamilan, membuat risiko gawat darurat pada ibu hamil semakin besar, sehingga diperlukan asuhan yang lebih intensif (Munthe, et al., 2019).

5) Riwayat nifas yang lalu

Untuk mengetahui adakah masalah, infeksi, perdarahan. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38C. Jika melebihi selama dua hari kemungkinan terjadi infeksi pada ibu. (Munthe, et al., 2019).

6) Riwayat kehamilan sekarang

Hal yang perlu dikaji adalah HPHT, UK, HPL, sudah pernah periksa/belum, berapa kali, dimana, adakah keluhan, adakah penanganan khusus keluhan, sudah terasa gerakan janin/belum, imunisasi TT. Dikaji untuk menentukan umur kehamilan dengan tepat.

Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasanya terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan lebih baik (Munthe, et al., 2019).

7) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah menggunakan kontrasepsi, berapa lama penggunaannya, apakah ada keluhan serta rencana penggunaan KB pasca persalinan.

8) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Dikaji tentang riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit lalu, riwayat penyakit sistemik lain yang mungkin mempengaruhi atau diperberat oleh kehamilan.

(a) Hipertensi

Kehamilan dengan hipertensi dapat menyebabkan risiko terjadinya pre-eklampsia atau eklampsia pada masa kehamilan maupun pada saat persalinan dan nifas.

(b) Penyakit jantung

Peningkatan curah jantung pada masa kehamilan maupun persalinan dapat meningkatkan risiko gagal jantung pada ibu yang memiliki riwayat penyakit jantung.

(c) DM

Diabetes mellitus dapat menyebabkan gangguan kontraksi otot rahim yang menyebabkan proses

persalinan lama, janin besar sehingga sering memerlukan tindakan operasi. Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2015)

(d) Asma

Penyakit asma tidak mempengaruhi persalinan, tetapi dengan adanya riwayat asma pada ibu hamil dapat memperburuk keadaan saat melahirkan.

(e) Ginjal

Perubahan selama kehamilan menyebabkan ginjal bekerja lebih berat dalam menyaring darah karena bertambahnya volume darah saat kehamilan. Pada ibu dengan riwayat penyakit ginjal akan memperburuk proses kehamilan ibu.

(f) TBC dan hepatitis

Pada ibu dengan hepatitis diperlukan perawatan khusus pada kehamilan, persalinan maupun nifas.

9) Riwayat kesehatan keluarga

Yang perlu dikaji adalah riwayat penyakit jantung, asma, DM, hepatitis, TBC, hipertensi maupun riwayat gemelli karena dapat menurunkan kepada anggota

keluarga yang lain sehingga meningkatkan risiko apabila penyakit tersebut terjadi pada ibu.

10) Data fungsional kesehatan

(a) Nutrisi

Perlu dikaji mengenai jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah ibu sudah makan teratur, mengonsumsi makanan dengan menu seimbang (yang terdiri dari nasi, sayur, lauk dan buah), serta berapa banyak ibu minum dalam sehari (untuk mengkaji apakah ibu mengalami dehidrasi atau tidak).

(b) Eliminasi

Kandung kemih yang tertekan oleh pembesaran uterus mengakibatkan ibu sering BAK, selain itu penurunan gerak peristaltik usus karena pengaruh progesteron membuat ibu hamil sering mengalami konstipasi. Dalam persalinan, kandung kemih yang penuh dapat mengganggu his.

(c) Istirahat

Untuk mengetahui apakah ibu sudah beristirahat dengan cukup, karena istirahat dapat mempengaruhi kesehatan ibu, istirahat yang

dianjurkan adalah 8 jam untuk tidur malam dan 1 jam untuk tidur siang.

(d) Personal hygiene

Kebersihan diri yang paling dan harus diperhatikan oleh ibu yaitu kebersihan genetalia, apabila ibu tidak menjaga genetalia akan memudahkan masuknya kuman ke uterus.

(e) Aktivitas

Pada ibu hamil dianjurkan untuk mengurangi aktivitas yang berat dan melelahkan. Pada kala I apabila kepala janin telah masuk sebagian kedalam PAP serta ketuban pecah klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kiri atau kanan. Ibu dapat tidur terlentang, miring kanan dan kiri tergantung pada letak punggung bayi, klien sulit tidur terutama pada kala I – IV (Marmi, 2011)

(f) Aktivitas seksual

Untuk mengetahui jumlah pasangan seksual ibu, pola hubungan seksual saat hamil serta hubungan seksual terakhir.

11) Riwayat psikososial dan budaya

Dukungan selama persalinan utamanya oleh suami dan keluarga sangat membantu ibu untuk merasa tenang dan nyaman atas perhatian yang diberikan. Kualitas asuhan dapat dilihat melalui kemampuan seorang penyedia layanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan, norma dan budaya yang dianut ibu semasa hamil, bersalin maupun nifas termasuk mengenai terapi obat maupun pantangan dalam masyarakat (Munthe, et al., 2019).

2. Data Objektif

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Dikaji saat ibu datang pertama kali dengan melihat keadaan pasien tampak baik-baik saja atau tampak lemah dan pucat. Hal ini untuk mengetahui bila ibu mengalami anemia yang menunjukkan gejala lemah dan lesu.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran mengenai kesadaran pasien dengan melakukan pengkajian tingkat kesadaran apakah *compos mentis*, *somnolen*, *apatis*, *sopor*, *sopor coma*, atau *coma* (Sulistyawati, 2010).

3) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah ibu dikatakan meningkat apabila tekanan sistol meningkat >30 mmHg dan diastole >15 mmHg dari tekanan darah sebelumnya. Menurut WHO batas normal tekanan darah sistolik berkisar 110-120 mmHg. Hal ini perlu dikaji untuk mendeteksi faktor risiko terjadinya eklampsia pada saat persalinan atau nifas (Munthe, et al., 2019).

(b) Nadi

Frekuensi nadi yang meningkat lebih dari 100 denyut per menit hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat.

(c) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal jika peningkatan suhu tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$ karena peningkatan metabolisme selama persalinan. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi.

Pada kasus KPD, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi. Pireksi merupakan indikasi terjadinya infeksi atau ketosis, atau dapat juga berkaitan dengan analgesia epidural. Pada persalinan normal suhu tubuh harus diukur sedikitnya setiap 4 jam

(d) Pernapasan

Terjadi peningkatan frekuensi pernapasan selama persalinan karena peningkatan metabolisme. Ibu hamil yang akan bersalin sering kali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan.

4) Antropometri

(a) BB

Pengkajian dari sebelum hamil dan saat hamil untuk mengetahui adanya peningkatan berat badan selama kehamilan (Munthe, et al., 2019).

(b) TB

Mendeteksi faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan kelainan rongga panggul pada tinggi badan kurang dari 145 cm (Munthe, et al., 2019)

(c) LILA

Mengetahui adanya risiko KEK pada ibu bersalin dan menampis risiko ibu melahirkan BBLR apabila batas ambang LILA <23,5 cm (Munthe, et al., 2019).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Mengamati bentuk kepala mesosephal atau terdapat benjolan abnormal, inspeksi kebersihan, warna rambut serta nyeri tekan (Munthe, et al., 2019).

2) Muka

Mengamati apakah ada cloasma gravidarum pada wajah. Perhatikan adanya pembengkakan pada wajah, apabila bengkak terjadi pada wajah, tangan dan kaki merupakan tanda eklampsia (Munthe, et al., 2019).

3) Mata

Periksa perubahan warna konjungtiva mata. Konjungtiva pucat menandakan ibu menderita anemia sehingga harus dilakukan penanganan lebih lanjut. Pada pemeriksaan mata juga lihat warna sklera, apabila sklera berwarna kekuningan curigai ibu memiliki riwayat penyakit hepatitis (Munthe, et al., 2019).

4) Hidung

Amati adanya sekret dan pernapasan cuping hidung.

5) Mulut

Amati bibir (warna, integritas jaringan), lidah (warna dan kebersihan), gigi (kebersihan, karies, gangguan pada mulut) (Munthe, et al., 2019)

6) Telinga

Amati kesimetrisan bentuk dan kebersihan (ada serumen atau tidak).

7) Leher

Periksa adanya pembengkakan pada leher yang disebabkan oleh pembengkakan kelenjar tiroid dan apabila ada pembesaran pada vena jugularis, curigai ibu memiliki penyakit jantung. (Munthe, et al., 2019).

8) Dada

Kaji kebersihan payudara, bentuk simetris, puting susu menonjol, tidak ada benjolan atau massa abnormal, adanya hiperpigmentasi pada areola. Di minggu ke 12 kolostrum mulai keluar pada ibu multigravida sedangkan pada primigravida, kolostrum akan diproduksi pada masa akhir kehamilan, bunyi jantung terdengar tunggal dan teratur, ada tidaknya suara tambahan wheezing dan ronkhi (Romauli, 2011)

9) Abdomen

Kaji bekas operasi, striae, linea, TFU, palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010).

(a) Menentukan TFU

Tujuan : Untuk menentukan usia kehamilan.

Teknik : Pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus sedang tidak berkontraksi; ukur TFU dengan menggunakan pita pengukur mulai dari tepi atas simfisis pubis kemudian rentangkan pita pengukur hingga ke puncak fundus mengikuti aksis atau linea medialis dinding abdomen (Munthe, et al., 2019).

(b) Memantau kontraksi uterus

Tujuan : Untuk mengetahui kontraksi uterus apakah kontraksi lemah atau kuat.

Teknik : Gunakan jarum detik pada jam untuk memantau kontraksi uterus; melakukan palpasi jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit; serta durasi setiap kontraksi yang terjadi.

Pada fase aktif minimal 2 kali dalam 10 menit dan lama kontraksi adalah 40 detik atau lebih. Diantara 2 kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus (Munthe, et al., 2019).

(c) Memantau DJJ

Tujuan : DJJ harus selalu dinilai untuk mengetahui kesejahteraan janin. Gangguan kondisi janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit.

Teknik: Gunakan doopler/leanec untuk mendengarkan DJJ dan menghitung DJJ permenit; lakukan penilaian DJJ pada lebih dari 1 kontraksi. Gunakan jarum detik (jam); nilai DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus; dengarkan DJJ minimal 60 detik (Munthe, et al., 2019).

(d) Menentukan presentasi janin

Tujuan : Untuk menentukan bagian terbawah janin apakah presentasi kepala (belakang kepala, puncak kepala, presentase muka, presentase dahi), letak bokong (bokong murni, bokong sempurna, bokong kaki) dan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum.

Teknik : 5/5 jika bagian terbawah seluruh teraba diantara simphisis pubis; 4/5 jika sebagian terbawah janin telah masuk PAP; 3/5 jika sebagian telah memasuki rongga panggul; 2/5 jika hanya sebagian terbawah janin masih berada di atas

simfisis; 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari yang masih dapat meraba bagian bawah janin yang berada di atas simfisi pubis; 0/5 jika bagian terbawah janin tidak teraba dari pemeriksaan luar (Munthe, et al., 2019).

(e) Kaji frekuensi dan lamanya his, kemajuan persalinan dikatakan baik jika his makin lama makin sering dan kuat (Munthe, et al., 2019).

(f) Kaji TBJ berdasarkan TFU, hal ini digunakan untuk mengetahui apakah TFU sesuai dengan usia kehamilan (Munthe, et al., 2019).

10) Genitalia

Kaji keadaan perineum, pengeluaran per vaginam (cairan, lendir dan darah), kaji adanya pembengkakan kelenjar bartholini. Kemajuan persalinan menyebabkan perineum menonjol dan vulva membuka

11) Anus

Kaji adanya hemorrhoid. Kemajuan persalinan menyebabkan penonjolan pada anus.

12) Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas meliputi pemeriksaan tangan dan kaki untuk mengetahui adanya pembengkakan/edema sebagai indikasi pre-eklampsia.

Pada kaki dilakukan pemeriksaan varises dan edema, warna kuku yang kebiruan menandakan anemia. Selain itu, juga dilakukan pemeriksaan refleksi patella pada kaki (Munthe, et al., 2019).

13) Pemeriksaan Dalam

Pada pemeriksaan dalam perlu dikaji mengenai keadaan vulva, vagina, pembukaan, effacement, konsistensi, denominator, hodge, serta bagian janin yang menumbung. Pemeriksaan dalam bertujuan untuk memantau perkembangan persalinan apakah sudah masuk tahap inpartu dan mendiagnosa persalinan.

Teknik: Sebelum melakukan periksa dalam cuci tangan dengan sabun dan air bersih, kemudian keringkan dengan handuk kering dan bersih; minta ibu untuk berkemih dan mencuci area genitalia dengan sabun dan air; jelaskan pada ibu setiap langkah yang akan dilakukan selama pemeriksaan; tentramkan hati dan anjurkan ibu untuk rileks. Pastikan privasi ibu terjaga selama pemeriksaan (Munthe, et al., 2019).

14) Pemeriksaan Penunjang lain

(a) Urine

Urine yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk mengidentifikasi kandungan

glukosa, keton dan protein. Keton dapat terjadi karena *distress maternal* jika semua energi yang ada telah terpakai, kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan. Kecuali pada ibu non diabetic yang baru saja mengkonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Kandungan protein bisa jadi merupakan kontaminasi setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria tetapi proteinuria yang signifikan dapat mengindikasikan adanya preeklamsia.

(b) Darah

Yang diperiksa yaitu golongan darah ibu, kadar Hb dan HbsAg (Romauli, 2011)

B. Diagnosa Kebidanan

★ G PAPIAH UK 36 minggu – 40 minggu, tunggal, hidup, intra uterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H I-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten atau aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

1. Kala I fase laten dengan masalah yaitu cemas menghadapi persalinan.

2. Kala I fase aktif akselerasi atau dilatasi maksimal atau deselerasi dengan kemungkinan masalah kenyamanan menghadapi proses persalinan.
3. Kala II dengan kemungkinan masalah yaitu kekurangan cairan, infeksi dan kram tungkai.
4. Neonatus cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik.

C. Perencanaan

G PAPIAH UK 36-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H I-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten atau aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

Setelah dilakukannya asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan

Kriteria :

1. KU baik, kesadaran composmenties
2. TTV dalam batas normal

Tekanan darah : 100/60 – 130/90 mmHg

Suhu : 36,5– 37,5°C

Nadi : 80 – 100x/menit

Pernapasan : 16 – 24x/menit

3. His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

4. Kala I primigravida < 13 jam, pada multigravida <7 jam.
5. Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
6. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
7. Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida <15 menit. Plasenta lahir spontan dan lengkap.
8. Kala IV kontraksi uterus baik, uterus globuler, perdarahan <500 cc.

KALA I

Intervensi: menurut (Wiknjosastro & dkk, 2014)

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan meliputi kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin.

R/ Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka.

2. Jelaskan pada ibu tentang proses persalinan.

R/ Semakin jalan lahir membuka, ibu akan merasakan his yang semakin sering dan lama. Ibu juga akan mengeluarkan lendir darah yang semakin banyak dari jalan lahir. Ibu bisa mulai mengejan setelah pembukaan lengkap yaitu mencapai diameter 10 cm.

3. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya melalui mulut.

R/ Teknik relaksasi dapat meningkatkan relaksasi dan berfungsi membersihkan jalan napas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi

4. Observasi kemajuan persalinan ibu dengan lembar observasi dan partograf.

Tabel 2.18
Frekuensi Minimal Penilaian dan Intervensi dalam
Persalinan Normal

Parameter	Fase laten	Fase aktif
Tekanan darah	4 jam	4 jam
Suhu badan	4 jam	2 jam
Nadi	30-60 menit	30-60 menit
Denyut jantung janin	1 jam	30 menit
Kontraksi	1 jam	30 menit
Pembukaan serviks	4 jam	4 jam
Penurunan	4 jam	4 jam

Sumber : (Wiknjastro & dkk, 2014)

R/ Lembar observasi dan partograf bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui VT, mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

5. Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak berbaring terlentang.

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

6. Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan

R/ Pendamping persalinan mempunyai peranan penting dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu.

7. Beri asupan nutrisi pada ibu dengan memberi ibu makan dan minum.

R/ Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi yang dapat memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

8. Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa.

R/ Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala bayi. Selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada

perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca salin.

9. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.

R/ Menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat ibu.

10. Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering.

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi

11. Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau sewaktu-waktu bila ada indikasi seperti ketuban pecah dan adanya tanda-tanda kala II.

R/ Untuk mengetahui kemajuan persalinan dan mengurangi risiko terjadinya infeksi akibat pemeriksaan dalam.

12. Gunakan teknik sentuhan fisik.

R/ Sentuhan yang diberikan pada wanita (misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan) tanpa ada tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, memberi kenyamanan, dan pengertian serta dapat menentramkan, menenangkan, menghilangkan kesepian, dan sebagainya.

13. Berikan usapan pada punggung maupun abdomen.

R/ Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang menghilangkan tekanan

internal pada tulang belakang oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita.

KALA II

Langkah-langkah asuhan persalinan normal, yaitu:

1. Mengenali tanda gejala kala II

R/ melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat. Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

- a) Ibu mempunyai dorongan meneran yang kuat untuk meneran
- b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva dan sfingter ani membuka

2. Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ persiapan peralatan, fisik dan mental untuk membantu koefisien kerja sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinannya. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayinya. Untuk asfiksia siapkan tempat datar dan keras, 2 kain dan handuk bersih dan

handuk kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak antara lampu dengan bayinya 60 cm

- a) Menggelarkan kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
- b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set

3. Pakai celemek plastik

R/ celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan sebuah penyakit

4. Melepaskan dan menyimpan perhiasan yang dipakai dan cuci tangan menggunakan sabun dan air yg bersih dan mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang kering dan bersih.

R/ mencegah adanya perhiasan / benda yang melukai ibu.

5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk melakukan pemeriksaan dalam

R/ penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular melalui darah.

6. Masukkan oksitosin 10 IU kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan dan pastikan tidak terjadinya kontaminasi pada alat suntik)

R/ memudahkan petugas dalam melakukan tindakan

7. Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati yaitu dari depan lalu kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT

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

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

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

R/ mempermudah dalam melakukan VT

8. Menentukan pembukaan lengkap dan keadaan bayinya

R/ pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur persio dan keadaan janinnya dalam keadaan baik dan bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal

a) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap

b) Bila selaput ketuban belum pecah maka lakukan amniotomi

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam

larutan klorin 0,5% lalu lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas

R/ melakukan pencegahan infeksi

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

a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil yang dinilai.

R/ mengetahui DJJ dalam keadaan normal atau tidak

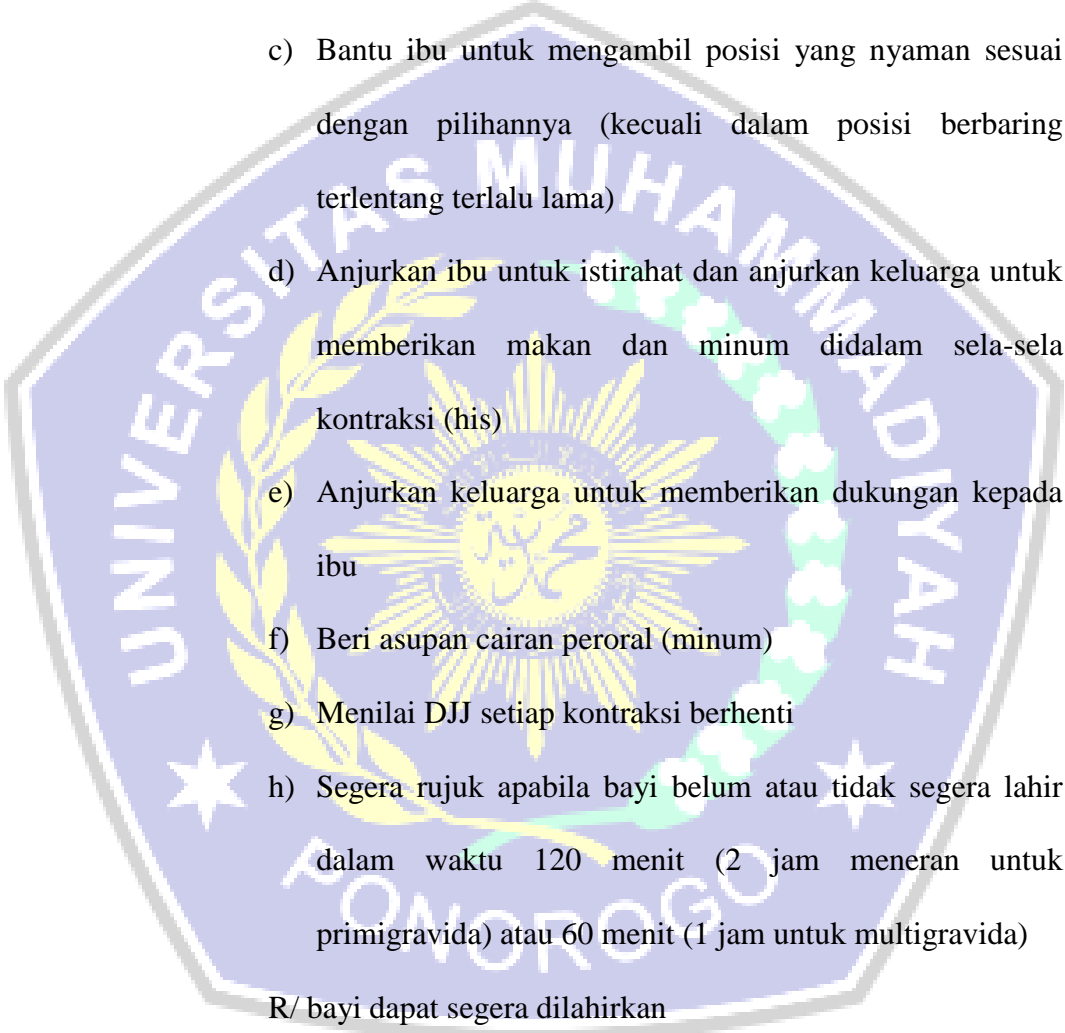
11. Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Bantu ibu dalam menentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

R/ jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta) menekan kava inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif.

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

R/ mempermudah ibu untuk meneran

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

- 
- a) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan secara efektif
 - b) Dukung dan beri semangat pada ibu saat meneran dan perbaiki cara menerannya, apabila cara menerannya tidak sesuai
 - c) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (kecuali dalam posisi berbaring terlentang terlalu lama)
 - d) Anjurkan ibu untuk istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum didalam sela-sela kontraksi (his)
 - e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan kepada ibu
 - f) Beri asupan cairan peroral (minum)
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi berhenti
 - h) Segera rujuk apabila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2 jam meneran untuk primigravida) atau 60 menit (1 jam untuk multigravida)

R/ bayi dapat segera dilahirkan

14. Anjurkan ibu berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit (1 jam)

R/ mempermudah ibu untuk meneran

15. Letakkan handuk bersih diatas perut ibu dan jika kepala bayi sudah divulva dengan diameter 5-6 cm

R/ memudahkan petugas untuk mengelap bayi ketika sudah lahir

16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu

R/mempermudah tindakan stenen.

17. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan

R/ mempermudah petugas kesehatan dalam tindakan

18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ sebagai salah satu alat pelindungan diri dan pencegahan terhadap infeksi

Kelahiran kepala

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk mehanan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R/ melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.

20. Periksa kemungkinan ada lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan segera proses kelahiran bayinya.

R/ prasat ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut

21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan

R/ pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberikan waktu untuk bahu berotasi internal kearah diameter anteroposterior pintu bawah panggul.

Lahirnya bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kebawah dan distal sehingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

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

Lahirnya badan dan tungkai

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

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

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

R/ tindakan ini memungkinkan menahan bayi sehingga dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan tanpa ada kemungkinan tergelincir.

Penanganan bayi baru lahir.

25. Lakukan penilaian bayi baru lahir yaitu dengan:

- a) Apakah bayi menangis kuat dan bernapas tanpa adanya kesulitan?
- b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

c) Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas megap-megap lakukanlah resusitasi (lanjut langkah resusitasi pada asfiksia BBL)

R/ proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan yang dilakukan satu kali. Penelitian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi atau tidak.

26. Keringkan tubuh bayi, keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering dan biarkan bayi diatas perut ibu

R/ bayi dengan hipotermi sangat berisiko tinggi untuk mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian.

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.

R/ oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang menyebabkan turunnya pasokan oksigen pada bayi. Hati-hati jangan menekan kuat pada korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang menyebabkan kesulitan pengeluaran plasenta (Marmi, 2016)

28. Beritahu ibu bahwa akan disuntikkan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik

R/ wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikkan oksitosin 10 IU dengan cara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkannya)

R/ oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi pengeluaran darah (Marmi, 2016)

30. Setelah 2 menit pasca persalinan jepit tali pusat dengan klem kira-kira berjarak 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

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

31. Pematangan dan pengikatan tali pusat

a) Dengan satu tangan pegang tali pusat yang telah dijepit dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut

b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi yang lain

c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

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

32. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga menempel pada dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu ibu

a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi pada kepala bayi

b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit didada ibu paling sedikit 1 jam

c) Sebagian besar bayi akan berhasil dalam melakukan IMD dalam waktu 30 – 60 menit, bayi menyusui pertama kali akan berlangsung 10 – 15 menit dan biasanya cukup menyusui dari satu payudara.

d) Biarkan bayi di dada ibu selama 1 jam untuk kontak langsung dengan bayinya, hal ini menyebabkan uterus berkontraksi dan mempertahankan bayi bebas dari cairan serta berhasil menyusui.

R/ untuk mendapatkan kontak kulit antara ibu dan bayi.

33. Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5 – 10 cm dari vulva

R/ memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah terjadinya avulsi (Marmi, 2016)

34. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi simfisis untuk mendeteksi dan tangan lain menegangkan tali pusat

R/ tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda pelepasan plasenta yaitu uterus megalami perubahan bentuk dan tinggi, fundus berada diatas pusat dan tali pusat memanjang.

35. Setelah uterus berkontraksi tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang (dorso cranial) secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

R/ melahirkan plasenta dengan teknik dorso cranial dapat mencegah terjadinya inversio uteri.

Mengeluarkan plasenta

36. Lakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, mintalah ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan

kemudian kearah atas mengikuti proses jalan lahir dan tetap

lakukan tekanan dorso cranial

- a) Apabila tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
- c) Berikan dosis ulang oksitosin 10 IU secara IM
- d) Lakukan kateterisasi atau aseptik jika kandung kemih dalam keadaan penuh
- e) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
- f) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit
- g) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau jika terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

R/ segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (Marmi, 2016)

37. Saat plasenta muncul di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput plasenta robek pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari jari tangan atau klem DTT untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

R/ melahirkan plasenta dan selaput dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir (Marmi, 2016)

Rangsangan taktil (Massase uterus)

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

R/ tindakan massase dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri.

39. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta dalam kantong plastik atau tempat khusus.

R/ inspeksi plasenta, ketuban dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosa normalitas plasenta, perlekatan dan tali pusat untuk memastikan apakah plasenta dan membran telah dilahirkan seluruhnya.

40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Jika terjadi laserasi, penjahitan perlu dilakukan

R/ pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebih

KALA IV

Menilai perdarahan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

R/ jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 30 – 500 cc/menit dari bekas pelekatan plasenta.

42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% lalu bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan air mengalir dan keringkan menggunakan handuk bersih dan kering.

R/ untuk pencegahan infeksi

43. Pastikan kandung kemih ibu kosong

R/ kandung kemih yang penuh dapat mengganggu his.

44. Ajarkan ibu atau keluarga cara massase dan menilai kontraksi

R/ jika ibu dan keluarga mengetahui untuk melakukan massase dan memeriksa kontraksi maka mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.

45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

R/ memperkirakan kehilangan darah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu.

46. Memeriksa nadi dan pastikan keadaan umum ibu baik

R/ monitor tekanan darah dan nadi penting selama kala IV untuk mendeteksi syok akibat kehilangan darah.

47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik yaitu 40 – 60 kali/menit

a) Jika bayi sulit bernafas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit

b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas segera rujuk ke RS. Rujuk jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kontak kulit ibu dengan bayi agar tetap hangat dengan satu selimut.

R/ mekanisme pengaturan temperatur tubuh BBL belum berfungsi sempurna. Karenanya jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh BBL dapat mengalami hipotermia.

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

R/ Mencuci dan membilas adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan.

49. Buang bahan-bahan terkontaminasi di tempat sampah yang sesuai

R/ Jika dikelola dengan benar, sampah terkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat

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

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi.

51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu

R/ Pemberian ASI secara dini bisa merangsang produksi ASI, memperkuat refleks menghisap bayi

52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

R/ Dekontaminasi adalah langkah penting untuk menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda terkontaminasi.

53. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

R/ Prosedur ini dengan cepat mematikan hepatitis B dan HIV.

54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang.

55. Pakai sarung tangan DTT/ bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.

R/ Dari hasil pemeriksaan, bidan memastikan tingkat kesejahteraan bayi baru lahir dan mengidentifikasi masalah yang mungkin terjadi dan masalah yang sedang terjadi.

56. Dalam satu jam, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperatur tubuh (normal 36,5 -37,5°C) setiap 15 menit.

R/ Mekanisme pengaturan temperaturr tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia.

57. Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu - waktu dapat disusukan

R/ Vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu dan bayi

58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit.

R/ Prosedur ini dengan cepat mematikan virus Hepatitis B dan HIV.

59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah infeksi silang.

60. Dokumentasi (lengkapi partograf)

R/ dokumentasi penting untuk mencatat semua temuan pada ibu dan janin, sehingga dapat dilakukan tindakan/perencanaan segera.

Masalah Kala I:

1. Nyeri menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Mengurangi rasa nyeri saat persalinan

Kriteria: Nyeri yang dialami ibu manpak berkurang

Intervensi menurut menurut Wiknjosastro (2014):

a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/ Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/ Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisinya.

c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

R/ Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2. Kecemasan menghadapi proses persalinan

Tujuan: Kecemasan ibu berkurang terhadap proses persalinan

Kriteria: Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjastro (2014):

a) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

b) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan

R/Sentuhan fisik dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

c) Berikan usapan punggung

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

d) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

e) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan karena tekanan.

Masalah pada Kala II:

1. Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : Nadi 76-100 x/menit, urin jernih (30cc/jam)

Intervensi menurut Wiknjosastro (2014):

- a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

- b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

R/Pemberian cairan IV akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- c) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

2. Infeksi

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit), suhu: 36-37,5 C, KU baik, cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2014):

- a) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam.

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

- c) Berikan *ampisilin* 2 gram atau *amoxicillin* 2 gram/oral.

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/ Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok penyebab kegawatdaruratan ibu dan janin.

3. Kram Tungkai

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria: Sirkulasi darah lancar

Intervensi menurut Wiknjosastro (2014):

- a) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

- b) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

- c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

4. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik.

Tujuan: Dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria: Bayi menangis kuat dan bergerak aktif.

Intervensi menurut Kepmenkes no 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan:

- a) Observasi TTV dan tangisan bayi.

R/TTV bayi untuk menentukan keadaan umum bayi.

- b) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang hangat.

- c) *Bounding attachment* dan lakukan IMD

R/*Bounding attachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

- d) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

- e) Berikan salep mata.

R/ Salep mata sebagai profilaksis.

Masalah Pada Kala III:

1. Retensio plasenta

Tujuan: Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjastro (2014):

a) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL/NS dengan 20 unit oksitosin.

1) Coba lakukan plasenta manual dan penanganan lanjut.

2) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

R/ infus untuk menggantikan cairan yang hilang akibat perdarahan yang terjadi.

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

R/ kehadiran bidan membuat ibu tenang dan sebagai antisipasi jika terjadi sesuatu diperjalanan.

c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

R/ rasa peduli bidan membuat ibu nyaman dan tenang.

2. Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan: Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria: Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjastro (2014):

a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

R/ mempermudah dalam pengeluaran plasenta.

- b) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

R/ mengeksplorasi sisa plasenta untuk mencegah perdarahan.

- c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

R/ memastikan kelengkapan plasenta

- d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

R/ sebagai langkah awal untuk mencegah kegawatdaruratan.

Masalah Pada Kala IV:

1. Terjadinya atonia uteri

Tujuan: Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria: Kontraksi uterus baik, keras dan bundar serta perdarahan <500cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2014):

- a) Segera lakukan KBI selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

R/ untuk merangsang agar uterus berkontraksi.

- b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan KBE. Berikan suntikan 0,2 mg *ergometrin* IM atau *misoprostol* 600-1000 mcg

per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

R/ merangsang uterus agar berkontraksi.

c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

R/ merangsang uterus agar berkontraksi

d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

R/ rujuk ibu ibu untuk menghindari kegawatdaruratan.

e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

R/ pendampingan oleh bidan membuat ibu tenang.

2. Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan: Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria: Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik serta perdarahan <500 cc

Intervensi menurut (Kamariyah.2014):

a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

R/ observasi derajat laserasi

b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

R/ penjahitan untuk menghentikan perdarahan.

c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

R/ pendampingan oleh bidan saat merujuk membuat ibu tenang.

3. Sub involusio uteri karena kandung kemih penuh

Tujuan: Involusi uterus berjalan normal

Kriteria: TFU 2 jari dibawah pusat

Intervensi:

a) Lakukan pengosongan kandung kemih

R/ Kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi

b) Lakukan massase pada fundus uteri

R/ Massase dapat merangsang kontraksi uterus.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan,

pernyataan standar implementasi adalah bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Kriteria perencanaanya:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan keluarganya (*inform consent*)
3. Melibatkan klien dalam setiap tindakan
4. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
5. Menjaga privasi klien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

E. 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. Kriteria evaluasi:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien

F. Dokumentasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI 938/menkes/SK/VII/2017 tentang standart asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dala memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 S, adalah data subjektif mencatat hasil anamnesa
 O, adalah data objektif mencatat hasil pemeriksaan
 A, adalah hasil analisa, mencatat diganosa dan masalah kebidanan
 P, adalah penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi *follow up* dan rujukan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Pendokumentasian atau pencatatan pelaksanaan asuhan kebidanan menggunakan catatan SOAPIE meliputi Subyektif, Obyektif, Analisa, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.

A. Pengkajian data

1. Data Subjektif

a) Identitas

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

2) Umur

Untuk mengetahui adanya risiko seperti < 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psiskisnya belum siap. Sedangkan > 35 tahun rentan terjadi pendarahan masa nifas (Ambarwati, 2010).

3) Agama

Mengetahui keyakinan pasien untuk membimbing atau mengarahkan pasien berdoa (Kuswanti, 2014).

4) Pendidikan

Untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektual klien, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Marmi, 2015).

5) Pekerjaan

Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonomi, karena mempengaruhi dalam pemenuhan gizi pasien (Ambarwati.2010)

6) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Kuswanti.2014).

b) Keluhan utama

Keluhan utama yang sering dialami pada masa nifas, yaitu:

1) After pain

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus.

2) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan

interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti.

4) Nyeri luka perineum

Laserasi atau episiotomi dan jahitannya dapat menimbulkan nyeri.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum.

6) Hemorrhoid

Jika wanita mengalami hemorrhoid, ibu mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

c) Riwayat kesehatan Ibu

1) Anemia

Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae

2) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2012)

3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk *Lues Kongenital* (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi)

4) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas.

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba 2012)

5) Penyakit jantung dalam masa pasca persalinan / nifas menurut Marmi (2012):

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(c) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

6) Hipertensi

Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini dikaji untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit jantung, asma, DM, hepatitis,

TBC, hipertensi maupun penyakit kelainan darah yang dapat menurun kepada ibu maupun bayi.

e) Riwayat Nifas

Ibu dianjurkan untuk menyusui bayinya, terutama karena ASI merupakan nutrisi terbaik bagi bayi. Selain itu, ASI mengandung zat anti infeksi yang memberikan perlindungan secara aktif maupun pasif pada bayi.

f) Riwayat Kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba dkk, 2012). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama menyusui (Saifuddin, 2014).

2) Riwayat kehamilan, persalinan dan 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 ke 3 berwarna

merah. Lokhea sanguinolenta hari ke 3-7 warna kecoklatan. Lokhea serosa hari ke 7-14 warna kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lokhea purulenta, lokhea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012).

3) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah memakai KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Kuswanti, 2014).

g) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2014).

2) Eliminasi

Pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari ke lima postpartum karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam postpartum. Pada ibu yang tidak bisa berkemih motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan kateterisasi (Kumalasari, 2015).

Buang Air Besar (BAB) biasanya tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah melahirkan karena diet cairan, obat-obatan analgesic selama persalinan dan perineum yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diet yang tinggi serat serta ambulasi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB (Heryani, 2010)

3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu cara membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air

sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lokhea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lokhea (Manuaba, 2012).

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari

sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014).

6) Seksual

Hal yang perlu dikaji menurut Ambarwati (2010), yaitu:

(a) Frekuensi: berapa kali pasien melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

(b) Gangguan: apakah mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, seperti nyeri saat berhubungan

Secara fisik aman untuk memulai hubungan seks ketika darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan 1 atau 2 jari ke vagina tanpa rasa nyeri. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.

h) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah, karena apabila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas (Ambarwati, 2010).

i) Riwayat psikososial dan budaya

Menurut Marmi (2015), membagi fase nifas menjadi 3 bagian yaitu:

1) Fase *taking in*

Periode ketergantungan, pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase *taking hold*

Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan dan penyuluhan dalam merawat diri dan bayi sehingga timbul percaya diri.

3) Fase *letting go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dan merawat bayinya.

j) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan

mengganggu proses *bounding* antara ibu dan bayi (Manuaba, 2012).

k) Riwayat psikososial dan budaya

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara 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 perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusui.
- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari
- 7) Kebiasaan membuang susu jolong.
- 8) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

2. Data Objektif

Menghadapi masa nifas dari seorang pasien, seorang bidan harus mengumpulkan data untuk memastikan bahwa keadaan pasien dalam keadaan stabil. Yang termasuk dalam komponen-komponen pengkajian adalah:

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Keadaan umum baik, postur tubuh, sikap tubuh, cara berjalan (cenderung keadaan punggung, dan membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011)

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran mengenai kesadaran pasien dengan melakukan pengkajian tingkat kesadaran apakah compos mentis, somnolen, apatis, sopor, sopor coma, atau coma (Sulistyawati, 2010).

3) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Setelah melahirkan tekanan darah normal yaitu 120/80 mmHg, ada juga beberapa ibu yang mengalami hipertensi postpartum, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit penyerta lain (Munthe, et al, 2019).

(b) Nadi

Nadi berkisar antara 69-80 x/menit. Denyut nadi diatas 100 x/menit menandakan adanya infeksi. Hal ini bisa diakibatkan proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah berlebihan. Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya virtum kordis. (Munthe, et al, 2019).

(c) Suhu

Peningkatan suhu tubuh terjadi pada 24 jam pertama, umumnya disebabkan oleh dehidrasi. Setelah 12 jam postpartum suhu tubuh kembali normal yaitu 36,5-37,5 °C. Suhu tubuh yang mencapai >38°C mengarah kepada tanda infeksi (Munthe, et al, 2019)

(d) Pernapasan

Nafas pendek, cepat, dan perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi seperti kelelahan, eksaserbasi, asma, dan embulus paru.

4) Pemeriksaan fisik

(a) Kepala

Mengamati bentuk kepala mesosephal atau terdapat benjolan yang abnormal, inspeksi kebersihan, warna rambut (Munthe, et al., 2019).

(b) Muka

Mengamati apakah ada cloasma gravidarum, pembengkakan pada wajah. Apabila terdapat pembengkakan atau edema pada wajah, curigai tanda pre-eklampsia (Munthe, et al., 2019).

(c) Mata

Konjungtiva yang pucat menandakan ibu menderita anemia sehingga harus dilakukan penanganan lanjut. Lihat warna sklera, apabila berwarna kekuningan curigai bahwa ibu memiliki riwayat penyakit hepatitis (Munthe, et al., 2019).

(d) Hidung

Amati apakah ada sekret dan pernapasan cuping hidung.

(e) Mulut

Amati bibir (warna, integritas jaringan), lidah (warna dan kebersihan), gigi (kebersihan, karies, gangguan pada mulut).

(f) Telinga

Amati kesimetrisan bentuk dan kebersihan.

(g) Leher

Periksa adanya pembengkakan pada leher yang biasanya disebabkan oleh pembengkakan kelenjar

tiroid dan apabila ada pembesaran pada vena jugularis, curigai bahwa ibu memiliki penyakit jantung. (Munthe, et al., 2019).

(h) Dada

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

(i) Payudara

Kaji payudara dengan melihat kesimetrisan, konsistensi, ada pembengkakan atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, lecet atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak.

(j) Abdomen

Pada abdomen dilakukan pemeriksaan TFU, kontraksi uterus dan pemeriksaan kandung kemih. Pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1 jam-5 hari)

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena

trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar

jari ketika otot-otot abdomen berkontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (a) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.
- (b) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk tepat dibawah umbilikus dan jari-jari yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari harus menyentuh satu sama lain.
- (c) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.
- (d) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan

ujung-ujung jari dengan perlahan dekat abdomennya. Maka akan terasa otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila diastasisnya lebar, perlu untuk menggerakkan jari dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.

(e) Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.

(f) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan harus

menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

(g) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.

(h) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan ke sisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasad ini memungkinkan untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

(i) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.

(j) Catat hasil pemeriksaan sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-

otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut : diastasis= 2/5 jari rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

(4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

(k) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi. Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan

mengecil. Rugae terlihat kembali pada minggu ke 3. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochea, pemeriksaan vulva dan perineum, keadaan jahitan laserasi atau episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2014).

(1) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens 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).

5) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan Hb dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan dapat digolongkan sebagai berikut: Tidak anemia (11 gr%), anemia ringan (9-10 gr%), anemia sedang (7-8 gr%), anemia berat (< 7 gr%) (Manuaba, 2012)

6) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas yaitu: Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi

setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Selain itu didapatkan pula vitamin A 200.000 unit.

B. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa PAPIAH hari...postpartum normal dengan keadaan umum baik/tidak. PAPIAH post partum hari ke...laktasi lancar, loche normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, konstipasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara.

C. Perencanaan

Diagnosa PAPIAH post partum hari ke...laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, konstipasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara.

Tujuan: masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria:

1. Keadaan umum: baik
2. Kesadaran: composmentis
3. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
4. Tanda-tanda vital baik (TD : 110/70 mmHg, N : 60-80 kali/menit, S : 36,5-37,5°C, R : 16-24 kali/menit)
5. Laktasi normal, kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru

melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning/jernih, kaya akan bahan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira pada hari ke-14.

6. Involusi uterus normal

Tabel 2.19
Involusi Uterus

Involusi	TFU	Berat	Diameter	Palpasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
1 minggu	Pusat - simpisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
2 minggu	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber : (Ambarwati dkk, 2010)

7. Lokhea normal

Lokhea rubra keluar pada hari ke 1-3 post partum berwarna merah kehitaman. Lokhea sanguinolenta keluar pada hari ke 3-7 hari post partum dan berwarna putih bercampur merah. Lokhea serosa keluar pada hari ke 7-14 hari berwarna kekuningan. Lokhea alba keluar setelah 14 hari dan berwarna putih (Manuaba,2010).

8. KU bayi baik (R : 40-60 kali/menit, S : 36,5-37,5°C)

Intervensi menurut Sofian (2012)

1. Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lokhea
R/ Menilai status ibu dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi.

2. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap zat makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, menyusui bayi setiap 2 jam sekali.

3. Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan psikologis maupun fisiologis.

4. Beri konseling ibu tentang KB pasca salin

R/ Untuk menjarangkan anak

5. Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan

Kemungkinan masalah:

1. Masalah 1: Gangguan eliminasi

Tujuan : masalah eliminasi teratasi dengan baik

Kriteria : ibu bisa BAK dengan frekuensi normal

Intervensi :

a) Jelaskan tentang pentingnya BAK dalam masa nifas

R/ ibu mengetahui pentingnya BAK pada masa nifas.

b) Anjurkan ibu untuk banyak minum air putih yaitu 14 gelas air putih pada ibu nifas.

R/ air putih berfungsi untuk memperlancar kinerja system urinaria.

c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ menahan BAK dapat memperparah retensi urine.

2. Masalah 2 : konstipasi

Tujuan : masalah konstipasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dengan lancar, feses lunak.

Intervensi:

a) Jelaskan pentingnya BAB setelah persalinan

R/ menahan BAB dapat membuat feses menjadi keras.

b) Yakinkan pada ibu apabila ibu berjongkok atau mengejan saat BAB, tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada ibu saat BAB.

c) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat.

R/ membantu memperlancar BAB.

3. Masalah 3 : nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : rasa nyeri teratasi dengan baik

Kriteria : rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas seperti biasa.

Intervensi:

a) Observasi luka jahitan perineum

R/ untuk mengetahui tingkat penyembuhan luka jahitan dan melihat tanda infeksi.

b) Anjurkan ibu untuk melakukan perawatan perineum.

R/ ibu dapat melakukan perawatan perineum dengan benar dan mengurangi risiko infeksi.

c) Berikan ibu analgesik oral berupa *paracetamol* 500 mg tiap 4 jam bila diperlukan.

R/ untuk mengurangi nyeri pada ibu.

4. Masalah 4 : *after pain*/kram perut

Tujuan: masalah kram perut yang dapat teratasi.

Kriteria: rasa nyeri dan kram pada ibu dapat berkurang sehingga ibu bisa beraktivitas dengan baik.

Intervensi:

a) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh.

R/ Kandung kemih yang penuh mengakibatkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada kram perut.

b) Anjurkan ibu untuk tidur tertelungkup dengan bantal dibawah perut

R/ posisi ini bertujuan untuk menjaga kontraksi tetap baik dan mengurangi nyeri yang terjadi.

c) Beri ibu analgesik (*paracetamol*, *asam mefenamat*, *kodein*, atau *asetaminofen*) bila perlu.

R/ mengurangi nyeri yang dirasakan ibu.

5. Masalah 5 : pembengkakan payudara

Tujuan: masalah dapat teratasi setelah diberi asuhan

Kriteria: payudara tidak bengkak, warna tidak merah/mengkilat, tidak nyeri saat ditekan, tidak terasa penuh serta tidak keras.

Intervensi:

a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

b) Anjurkan ibu untuk menyusui dikedua payudaranya

R/ menyusui disalah satu payudara dapat membuat payudara yang lain bengkak.

c) Lakukan perawatan payudara pada ibu

R/ bertujuan untuk merelaksasi otot-otot payudara dan menghindarkan payudara dari pembengkakan

d) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang menyokong payudara serta tidak menekan payudara.

R/ bra yang menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/menkes/SK/VII/2007 tentang standart asuhan kebidanan,

bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio psiko sosial spiritual kultural.
2. Setiap tindakan asuhan yang harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan klien atau pasien.
5. Me jaga privasi klien atau pasien.
6. Melakukan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
7. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada.
8. Melakukan tindakan sesuai standart.
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

E. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI 938/menkes/SK/VII/2017 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:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.

Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien atau pasien.

F. Dokumentasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI 938/menkes/SK/VII/2017 tentang standart asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S, adalah data subjektif mencatat hasil anamnesa

O, adalah data objektif mencatat hasil pemeriksaan

A, adalah hasil analisa, mencatat diganosa dan masalah kebidanan

P, adalah penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi *follow up* dan rujukan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir (BBL)

Pendokumentasian atau pencatatan pelaksanaan asuhan kebidanan menggunakan catatan SOAPIE meliputi Subyektif, Obyektif, Analisa, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.

A. Pengkajian data

1. Data Subjektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012)

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada BBL adalah hipoglikemia, hipotermi, ikterik, *seborrhea*, *milliariasis*, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012)

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, HPHT, HPL, jumlah kunjungan antenatal teratur/tidak, semua hasil laboratorium dan pengujian selama masa kehamilan termasuk hasil USG harus ditinjau.

d) 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 infeksi neonatal. Cairan amnion bercampur mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestesi, MgSO₄, dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme BBL. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2012)

e) Riwayat post natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang TTV dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan makan, kesadaran berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan abnormal.

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Di jam pertama kelahiran, energi didapatkan dari metabolisme karbohidrat. Pada hari ke 2 energi berasal

dari metabolisme lemak setelah mendapat ASI kurang lebih hari ke 6 (Marmi, 2012). Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi, menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012). Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke 3 -7 setelah kelahiran (Walsh, 2012)

2) Eliminasi

Bayi dengan pencernaan normal akan BAB berupa mekonium pada 24 jam pertama kelahiran dan dalam 4 hari. Feses pertama bayi biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012)

BAK bayi normalnya 7-10 kali perhari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering, usahakan setelah BAK popok segera diganti. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam (Marmi, 2012).

3) Istirahat dan tidur

BBL sampai usia 3 bulan rata-rata tertidur selama 16 jam/hari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012)

4) Personal hygiene

BBL dimandikan setelah 4-6 jam kelahiran untuk menunggu suhunya stabil. Mandi dengan sabun untuk menghilangkan minyak dari kulit yang rentan mengering, pencucian rambut dilakukan 1 atau 2 kali perminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga puntung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2012).

5) Psikologi kontak kulit antara ibu dan BBL

Kontak kulit antara ibu dan bayi membuat bayi lebih tenang sehingga pola tidurnya akan menjadi baik. BBL cenderung waspada dan sadar terhadap lingkungan saat ia terbangun. Bayi akan bereaksi terhadap rangsang dan mulai mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.

6) Aktifitas bayi normal

BBL biasanya melakukan gerakan tangan dan kaki yang simetris saat terbangun. 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 pemeriksaan lebih lanjut (Saifudin, 2014). Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012)

2. Data Objektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat nampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$. Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit, suara keras yang mengejutkan.

b) Tanda-tanda vital

1) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang $36-36,5^{\circ}\text{C}$ (Walsh, 2012).

2) Nadi

Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180 x/menit yang kemudian turun sampai 140-120 x/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2014). Frekuensi jantung 120-160 x/menit ketika istirahat (Walsh, 2012). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 x/menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur.

3) Pernapasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama 80 x/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjosastro, 2014). Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak perapasan 30-50 kali per menit.

c) Antropometri

1) Berat badan

Penurunan berat badan bayi pada 3 hari pertama kelahiran merupakan hal yang fisiologis, dikarenakan pengeluaran air kencing dan mekonium. Penurunan BB lebih dari 10% dari berat badan waktu lahir menunjukkan bayi mengalami kekurangan cairan.

2) Panjang badan

Pengukuran panjang badan menggunakan satuan sentimeter. Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2012)

3) Ukuran kepala

- (a) Dimeter suboksipito-bregmatikus : 9,5-10 cm
 - (b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
 - (c) Diameter oksipitometalis : 13,5-15 cm
 - (d) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
 - (e) Diameter biparietalis 9,5-10 cm
 - (f) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
 - (g) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus : 33-34 cm
 - (h) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
 - (i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
 - (j) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm
- 4) Lingkar dada: 33-38 cm
- 5) Lingkar lengan: 11 cm

d) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Kedua fontanel dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak meregang, adanya *caput sukcedaneum*, adanya *sefalhematoma* (Walsh, 2012). Raba sepanjang

garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran, misalnya *caput sukcedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan, biasanya baru nampak jelas setelah bayi baru lahir dan membesar sampai hari ke 2 dan 3), perdarahan sub aponeurotic atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabs* (Marmi, 2012).

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat. Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke 6-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke 18. Bayi yang mengalami *seborrhea* akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012).

2) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleks merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak *Brushfield*, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012). Perhatikan adanya tanda perdarahan berupa bercak merah yang menghilang dalam 6 minggu (Saifuddin, 2014).

3) Hidung

Kaji bentuk dan lebarnya, pada bayi cukup bulan lebarnya harus $> 2,5$ cm. Jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012).

4) Telinga

Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Daun telinga yang letaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada bayi yang mengalami sindroma *piere-robin* (Kumalasari, 2015).

5) Mulut

Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Refleks menghisap dan menelan terkoordinasi,

simetris, tidak ada sumbing (*skiziz*), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2012). Adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush* (Marmi, 2012).

6) Leher

Periksa adanya trauma leher yang menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012)

7) Klavikula

Raba klavikula untuk memastikan keutuhan terutama pada bayi baru lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa adanya fraktur (Kumalasari, 2015).

8) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal, dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau intercostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012).

9) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Punggung bayi harus diinspeksi dan palpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang. Bokong diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medulla spinalis (Walsh, 2012)

10) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis. Abdomen harus nampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012)

11) Genetalia

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. Pada bayi perempuan terkadang nampak adanya sekret berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora.

Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012)

12) Anus

Anus berlubang, periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012)

13) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris dan terdapat 10 jari. Telapak tangan harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin kesimetrisan, bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2012).

14) Kulit dan kuku

Bayi matur memiliki garis kulit didaerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang dari ujung jari. Dalam keadaan normal, kulit berwarna

kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun. Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus (*lanugo*) menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Pada bayi yang mengalami miliarisis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012).

e) Pemeriksaan refleks neurologis

1) Refleks berkedip (*glabellar refleks*)

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012)

2) Refleksi mencari (*rooting refleksi*)

Saat pipi disentuh, maka bayi akan menoleh ke arah sentuhan dan berusaha menemukan pusat sentuhan dengan mulut membuka (Indrayani, 2013)

3) Refleksi menghisap (*sucking refleksi*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleksi menghisap (Wiknjastro, 2014)

4) Refleksi menelan (*swallowing refleksi*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjastro, 2014).

5) Refleksi menoleh (*tonicneck refleksi*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat (Marmi, 2012).

6) Refleksi terkejut (*morro refleksi*)

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Marmi, 2012).

7) Refleks Menggenggam (*grasping refleks*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat.

8) Refleks babinski

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012)

9) Refleks ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012)

10) Refleks melangkah (*stapping refleks*)

Cara mengukurnya dengan memegang bayi sehingga kakinya sedikit menyentuh permukaan yang keras. Pada kondisi normal kaki akan bergerak ke atas dan kebawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila refleks menetap melebihi 4-8 minggu merupakan keadaan abnormal (Marmi, 2012)

11) Refleks merangkak (*crawling refleks*)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan pada permukaan datar (Marmi, 2012)

B. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemia, hipotermi, ikterik, *seborrhea, miliariasis*, muntah dan gumoh, *oral trush, diaper rash* (Marmi, 2012).

C. Perencanaan

Tujuan: bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria: Keadaan umum baik; TTV normal (S: 36,5-37,5°C; N: 120-160 x/menit; RR: 40-60 x/menit); Bayi menyusu kuat, menangis kuat dan bergerak aktif.

Intervensi menurut Marmi (2012)

1. Pusat dalam keadaan bersih dan kering.
R/ tali pusat yang basah dan lembab dapat menyebabkan infeksi
2. Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.
R/ tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lanjut.
3. Beri ASI setiap 2 jam sampai 3 jam.
R/ kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam.
4. Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.
R/ suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat.

Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk menghindari evaporasi

5. Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit / menyusu kurang baik
R/ suhu normal bayi adalah 36,5-37,5°C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

6. Memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.
R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah

Intervensi masalah

1. Masalah 1: Hipoglikemia

Tujuan : Hipoglikemia dapat teratasi

Kriteria

- a) Kadar glukosa dalam darah 245 mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemia yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermia.

Intervensi

- a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko

R/ bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stress karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemia.

b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan stripkimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah lahir.

R/bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah lahir, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda abnormal dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemia

R/ tanda-tanda hipoglikemia yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan memperhatikan suhu lingkungan optimal.

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2. Masalah 2 : Hipotermi

Tujuan : kehangatan bayi dapat terjaga

Kriteria : Suhu bayi $36,5^{\circ}$ - $37,5^{\circ}$ C , tidak ada tanda-tanda hipotermi (bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit mengeras/sklerema)

Intervensi

a) 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 stress dingin.

b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian

c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misal dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok basah.

R/ bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3. Masalah 3 : ikterik

Tujuan : Ikterik dapat tertangani

Kriteria : Kadar bilirubin serum 12,9 mg/dL; tidak ada tanda-tanda ikterus (warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine).

Intervensi Menurut Marmi (2012)

a) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/ riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, *sulfonamida*, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro

merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kernikterus)

c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium

d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah dieksresikan.

4. Masalah 4: *Seborrhea*

Tujuan : *Seborrhea* dapat teratasi

Kriteria : tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala, kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi Menurut (Marmi, 2012):

a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu.

R/ shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar.

b) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ krim *hydrocortisone* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat dengan perlahan.

R/ pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur melalui serpihan kulit yang lepas.

d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

5. Masalah 5 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis dapat teratasi

Kriteria: Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012):

a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau waslap basah.

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat

c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- d) Kenakan pakaian katun untuk bayi
R/ bahan katun dapat menyerap keringat.
- e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal,
luka/lecet, rewel dan sulit tidur
R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

6. Masalah 6 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Muntah dan gumoh dapat teratasi serta tidak terjadi kembali

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum, tidak rewel.

Intervensi menurut Marmi (2012):

- a) Sendawakan bayi selesai menyusui.
R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.
- b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.
R/mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7. Masalah 7 : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi lagi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusu menggunakan air matang.
R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab *oral trush*.

b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ mematikan kuman dengan suhu tertentu.

c) Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ mencegah timbulnya *oral thrush*.

8. Masalah 8 : *Diaper rash*

Tujuan : *Diaper rash* dapat teratasi

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong.

Intervensi menurut (Marmi, 2012):

a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung / menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ mencegah timbulnya *diaper rash*.

c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urine / kotoran dikulit bayi

R/ kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang

tinggi membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/menkes/SK/VII/2007 tentang standart asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio psiko sosial spiritual kultural.
2. Setiap tindakan asuhan yang harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan klien atau pasien.
5. Me jaga privasi klien atau pasien.
6. Melakukan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.

7. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada.
8. Melakukan tindakan sesuai standart.
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

E. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI 938/menkes/SK/VII/2017 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:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.

Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien atau pasien.

F. Dokumentasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI 938/menkes/SK/VII/2017 tentang standart asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S, adalah data subjektif mencatat hasil anamnesa
 - O, adalah data objektif mencatat hasil pemeriksaan
 - A, adalah hasil analisa, mencatat diganosa dan masalah kebidanan
 - P, adalah penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi follow up dan rujukan.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana (KB)

Pendokumentasian (pencatatan) pelaksanaan asuhan kebidanan menggunakan catatan SOAPIE meliputi Subjektif, Objektif, Analisa, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi.

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, jika perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan kepada klien (Munthe, et al., 2019).

2) Umur

Dicatat dalam tahun, wanita yang kurang dari 20 tahun menggunakan kontrasepsi untuk menunda kehamilan. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Munthe, et al., 2019).

3) Pendidikan

Semakin rendah tingkat pendidikan klien, maka akan semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntik KB, susuk KB atau implan, AKDR (Manuaba, dkk. 2010).

4) Pekerjaan

Untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonomi, karena berpengaruh terhadap pemilihan kontrasepsi (Munthe, et al., 2019).

5) Alamat

Untuk mengetahui dimana klien tinggal, alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu (Romauli, 2011)

b) Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan reproduksi kaitannya dengan penggunaan kontrasepsi (Munthe, et al., 2019). Menurut Affandi (2014) keluhan utama pada penggunaan KB adalah:

- 1) Usia <20 tahun untuk menunda kehamilan
 - 2) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
 - 3) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi
- c) Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus haid, lamanya haid, jumlah darah yang dikeluarkan dan riwayat dismenorrhea.

d) Riwayat kesehatan

- 1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau memiliki riwayat kanker payudara, miom uterus, DM disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung dan stroke (Saifuddin, 2014)
- 2) Kontrasepsi implan dapat digunakan untuk ibu yang menderita tekanan darah >180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Saifuddin, 2014).
- 3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progesteron (Saifuddin, 2014).
- 4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas. Perlu dilakukan konseling

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

- 5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisitis), mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2014).
- e) Riwayat kebidanan
 - 1) Haid, bila ibu menyusui atau 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan sudah mendapat haid, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Saifuddin, 2014).

Pada metode MAL, ketika ibu mulai haid kembali, maka ibu harus segera memakai metode kontrasepsi lain (Saifuddin, 2014). Meskipun beberapa KB mengandung risiko, menggunakan KB lebih aman. Wanita dengan haid > 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Saifuddin, 2014).

2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

Pada ibu post partum dan tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada ibu menyusui, masa infertilitasnya akan lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Saifuddin, 2014). Pasien yang 3 bulan terakhir mengalami abortus septik tidak boleh menggunakan IUD (Saifuddin, 2014). IUD tidak untuk ibu dengan KET (Saifuddin, 2014).

3) Riwayat KB, penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi. Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri keberadaan IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, sehingga menyebabkan akseptor makan banyak dari biasanya (Hartanto, 2015).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015).

3) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik (mual, pusing, sakit kepala) (Hartanto, 2015).

4) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama genitalia.

5) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2014).

6) Riwayat ketergantungan

Merokok menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015). Ibu yang menggunakan obat TCC (*rifampisin*), atau obat epilepsi (*fenitoin* dan *barbiturate*) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2014).

2. Data Objektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah >180 mmHg (Saifuddin, 2014). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar akseptor

2) Pemeriksaan antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 - 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh. Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal,

terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2014).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Observasi yang dilakukan adalah mengkaji bentuk, kesimetrisan, massa abnormal maupun nyeri tekan.

2) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi jarang terjadi (Saifuddin, 2014).

3) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin. Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2014).

4) Hidung

Kaji adanya pernapasan cuping hidung, deformitas, bentuk/kesimetrisan, ukuran, polip, nyeri tekan (Munthe, et al., 2019).

5) Mulut dan tenggorokan

Kaji terhadap keadaan bibir (kesimetrisan, warna, lesi, kering/lembab), keadaan mulut dan mukosa (lesi, tumor, plak, palatum, warna, terlihat pembuluh darah

pada mukosa bibir), gigi (kondisi gigi, gigi karies, kebersihannya), gusi (perdarahan, lesi, warna, apakah ada pus, tumor), lidah (kesimetrisan bentuknya, posisi, tumor, warna, kelembapan), uvula (deviasi uvula, ukuran, pembesaran). Orofaring (tanda infeksi, inflamasi, perdarahan, bercak pus, lesi, tumor, warna, kesimetrisan) (Munthe, et al., 2019).

6) Telinga

Kaji bentuk/kesimetrisan, adakah nyeri tekan, letak, bentuk, tonjolan, lesi, ketajaman pendengaran (Munthe, et al., 2019).

7) Leher

Normal jika tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis.

8) Dada dan paru-paru

Kaji kesimetrisan bentuk, ukuran, massa, lesi jaringan, gerak pernapasan, gerakan retraksi dada, bunyi paru (ronkhi atau wheezing), frekuensi nafas, irama, tipe pernapasan (Munthe, et al., 2019).

9) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau

serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015). Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara. Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan (Affandi, 2014).

10) Abdomen

Bagi pengguna implan bisa disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat karena kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Affandi, 2014).

11) Genitalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenorea. Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR. 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, 2014).

12) Ekstremitas

Pada pengguna implan, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa

nyeri pada lengan apabila terjadi infeksi (Affandi, 2014). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2014).

c) Pemeriksaan penunjang

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik, juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan klien.

1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu, untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk: memastikan gerakan serviks bebas, menentukan besar dan posisi uterus, memastikan tidak ada tanda kehamilan, memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk

menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Dengan kriteria:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

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.

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

Dengan kriteria:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga

4. Memilih tindakan yang aman kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan sesuai kondisi dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

Tujuan:

1. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

1. Ibu dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
2. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
3. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut (Affandi, 2012):

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien, kita dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang di inginkan

4. Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari PUS sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7. Pesankan pada klien untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Intervensi masalah:

1. Masalah 1: Amenorhea

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria: Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut (Affandi, 2012):

- a) Kaji pengetahuan pasien tentang amenorhea
R/ Mengetahui tingkat pengetahuan pasien
- b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim
R/ Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya
- c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk
R/ Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan KET lebih besar pada pengguna KB.

2. Masalah 2 : Spotting

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap spotting berkurang.

Intervensi menurut (Affandi, 2012) adalah:

- a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukan masalah dan tidak memerlukan pengobatan.

R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting

- b) Bila klien tidak dapat menerimanya dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

R/ untuk memberikan pilihan lain kepada klien.

3. Masalah 3 : Perdarahan pervaginam hebat

Tujuan: Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Affandi (2012):

- a) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan KET.

R/ Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

- b) Berikan terapi ibuprofen (800 mg, 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 tablet Fe untuk mencegah anemia.

- c) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki.

R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

4. Masalah 4 : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal.

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010):

a) Kaji keluhan pusing pasien

R/ Membantu menegakkan suatu diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan

b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

5. Masalah 5 : Kenaikan berat badan

Tujuan : BB normal

Kriteria: BB sesuai dengan IMT

Intervensi menurut (Dyah dkk, 2011) antara lain:

a) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya.

b) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

c) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi.

d) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan.

R/memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

D. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/menkes/SK/VII/2007 tentang standart asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio psiko sosial spiritual kultural.
2. Setiap tindakan asuhan yang harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).

3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan klien atau pasien.
5. Menjaga privasi klien atau pasien.
6. Melakukan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
7. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada
8. Melakukan tindakan sesuai standart.
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

E. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI 938/menkes/SK/VII/2017 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:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.

Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien atau pasien.

F. Dokumentasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI 938/menkes/SK/VII/2017 tentang standart asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
S, adalah data subjektif mencatat hasil anamnesa
O, adalah data objektif mencatat hasil pemeriksaan
A, adalah hasil analisa, mencatat diganosa dan masalah kebidanan
P, adalah penatalaksanaan mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi *follow up* dan rujukan.