

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep dasar kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus pembentukan plasenta dan tubuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010:84).

Kehamilan adalah suatu proses pembentukan janin yang dimulai dari masa konsepsi sampai lahirnya janin. Lama masa kehamilan yang aterm adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) yang dihitung mulai dari hari pertama haid terakhir ibu (Munthe, Juliana, Kismiasih Adethia, 2019:1)

2.1.2 Proses Kehamilan

1. Pembuahan (Konsepsi-Fertilisasi)

Pembuahan adalah suatu peristiwa penyatuan antara sel mani dengan sel telur di tuba fallopi. Hanya satu sperma yang telah mengalami proses kapasitasi yang dapat melintasi zona pelusida dan masuk ke vitelus ovum. Setelah itu, zona pelusida mengalami perubahan sehingga tidak dapat dilalui oleh sperma lain. Proses ini

di ikuti oleh penyatuan kedua pronuklei yang disebut zigot, terdiri atas acuan genetik dari wanita dan pria.

XX-zigot, menurunkan bayi perempuan XY-zigot, menurunkan bayi laki-laki.

Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot selama 3 hari sampai stadium morula.

Hasil konsepsi ini tetap digerakan ke arah rongga rahim oleh :

- a) Arus dan getaran rambut getar (silia).
- b) Kontraksi tuba.

2. Nidasi (implantasi)

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometri. Blastula di selubungi oleh suatu simpai, disebut trofoblast, yang mampu mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung nutrisi untuk buah kehamilan. Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner-cell mass*) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi, itulah sebabnya kadang-kadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut tanda hartman.

Umumnya nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang rahim (*korpus*) dekat fundus uteri. Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel-sel lebih kecil yang terletak dekat ruang exocoeloma membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi entoderm dan membentuk ruang amnion. Maka terbentuklah suatu lempeng embrional (*embryonal-plate*) di antara amnion dan yolk sac (Yuni Retnowati, 2013:3-6).

2.1.3 Perubahan Fisiologis pada Masa Kehamilan

1. Sistem reproduksi dan payudara

a) Perubahan pada uterus

Ukuran uterus akan bertambah besar seiring bertambahnya usia kehamilan karena adanya pengaruh dari hormone esterogen dan progesterone. Pada awal kehamilan usia 8 minggu ukuran uterus sebesar telur bebek kemudian pada usia 12 minggu ukuran bertambah besar yakni sebesar telur angsa. Berikutnya pada saat usia kehamilan berusia 16 minggu ukuran uterus sebesar tinju atau sebesar kepala bayi dan dengan ukuran uterus yang semakin besar maka perkembangan janin secara normal akan berjalan dengan baik

Pada awal kehamilan antefleksi / retrofleksi sedangkan pada akhir bulan kehamilan teraba satu sampai dua jari diatas simfisis keluar dari rongga panggul. Pada usia 36 minggu ukuran jari berada pada 3 jari dibawah prosesus xipidieus, uterus saat usia kehamilan ini sering mengalami kontraksi jika diraba pada abdomen ibu. Kontraksi ini disering disebut dengan Braxton his kemudian kontraksi sampai dengan akhir kehamilan disebut his (Prawirohardjo, 2010).

Tabel 2.1
Pemeriksaan TFU sesuai usia kehamilan

Usia Kehamilan	Dalam cm	TFU
12 minggu	-	Penunjuk badan 1/3 diatas simfisis
16 minggu	-	1/2 simfisis dan pusat
20 minggu	20 cm	2/3 diatas simfisis
22 minggu	-	setinggi pusat
28 minggu	25 cm	Tiga jari diatas pusat
32 minggu	27 cm	-
34 minggu	-	Pertengahan px dengan pusat
36 minggu	30 cm	Setengah px
40 minggu	26 cm	Dua jari dibawah px

Sumber : (Wals, 2012).

a) Perubahan pada serviks

Pada saat seorang wanita mengalami masa hamil serta kandungan air pada serviks akan mengalami peningkatan, berbeda dengan pada saat tidak hamil kelenjar-kelenjar serviks, vaskularisasi serta edema akan menjadi bagian yang mengecil. Pada saat kehamilan aterm hampir semua masa serviks diambil, keadaan ini pada ruang kelenjar terisi dengan mucus dan setelah mucus kental kemudian diproduksi mengisi kanal serviks (Wals, 2012).

b) Perubahan pada vagina

Vulva dan perineum menunjukkan peningkatan vaskularisasi dan menjadi hyperemia selama kehamilan. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan timbulnya warna kebiruan (tanda chadwick), mirip dengan perubahan yang terjadi pada serviks. Peningkatan kadar estrogen menstimulasi perubahan pada dinding vagina, termasuk peningkatan ketebalan mukosa, pelunakan jaringan penyambung, dan hipertrofi otot polos. Perubahan ini menyebabkan bertambah panjangnya vagina. Rugae menjadi lebih nyata pada nulipara. Pada multipara, peregangan sebelumnya pada otot polos

menyebabkan otot vagina lebih lunak daripada nulipara (Wals, 2012).

c) Perubahan pada ovarium

Dengan terjadinya hamil, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai kebentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormone corionik gonadotropin yang mirip dengan hormone iuteotropik hipofisis anterior (Manuaba, IAC, IBGF, 2010).

Perubahan pada payudara, rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, rasa berat dipayudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Sertifikasi bervariasi, dari rasa geli ringan sampai nyeri yang tajam, puting susu dan aerola lebih berpigmen, warna merah muda sekunder pada daerah aerola, dan puting susu menjadi lebih erektel. Selama trimester I dan II ukuran payudara menjadi progresif. Walaupun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap esterogen menurun, yaitu saat janin dan plasenta lahir (Marmi, 2011).

d) Sistem Kardiovaskuler

Setelah mencapai kehamilan 30 minggu, curah jantung agak menurun karena pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung. Selama persalinan curah jantung meningkat sebesar 30%, setelah persalinan akan menurun menjadi 15-25 % diatas batas kehamilan. Peningkatan curah jantung selama kehamilan kemungkinan terjadi karena adanya perubahan dalam aliran darah ke rahim. Janin yang terus tumbuh, menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu. Pada akhir usia kehamilan, Rahim menerima 1/5 dari seluruh darah ibu (Sulistiyawati, 2012).

Hipertrofi atau dilatasi jaringan jantung mungkin disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung. Karena diafragma terdorong keatas, jantung terangkat keatas dan berotasi kedepan dan kekiri. Peningkatan ini juga menimbulkan perubahan hasil auskultasi yang umum terjadi semasa kehamilan. Perubahan pada auskultasi mengiringi perubahan ukuran dan posisi jantung (Marmi, 2011).

e) Sistem pernafasan

Oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolicc dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligament pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat, Kerangka iga bagian bawah tampak melebar. Tinggi diafragma tergeser 4 cm selama masa hamil. Dengan semakin tuanya kehamilan, pernafasan dada menggantikan pernafasan perut dan pernafasan perut saat inspirasi menjadi semakin sulit (Marmi, 2011).

f) Sistem endokrin

Beberapa kelenjar endokrin terjadi perubahan sebagai berikut :

- 1) Kelenjar tyroid : dapat membesar sedikit.
- 2) Kelenjar hipofisis : dapat membesar terutama lobus anterior.
- 3) Kelenjar adrenal : tidak begitu terpengaruh (Dewi, 2011).

g) Sistem muskuluskeletal

Pengaruh dan peningkatan esterogen, progesterone dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan jika serta ketidakseimbangan persendian. Akibat

dari perubahan fisik selama kehamilan adalah sebagai berikut :

- (a) Peragangan otot-otot
- (b) Pelunakan ligament-ligament (Dewi, 2011).

2.1.4 Perubahan Psikologis Kehamilan

Pada trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, penyesuaian seorang ibu hamil terhadap kenyataan bahwa dia sedang hamil. Fase ini sebagian ibu hamil merasa sedih dan ambivalen. Ibu hamil mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan depresi terutama hal itu sering kali terjadi pada ibu hamil dengan kehamilan yang tidak direncanakan. Namun, berbeda dengan ibu hamil yang hamil dengan direncanakan dia akan merasa senang dengan kehamilannya. Masalah hasrat seksual ditrimester pertama setiap wanita memiliki hasrat yang berbeda-beda, karena banyak ibu hamil merasakan kebutuhan kasih sayang besar dan cinta tanpa seks.

Trimester kedua sering dikenal dengan periode kesehatan yang baik, yakni ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Ditrimester kedua ini ibu hamil akan mengalami dua fase yaitu fase *pra quickening* dan *pasca quickening*. Dimana fase *pra quickening* ibu hamil akan mengalami lagi dan mengevaluasi kembali semua aspek

hubungan yang dia alami dengan ibunya sendiri. Di trimester kedua sebagian ibu hamil akan mengalami kemajuan dalam hubungan seksual. Hal ini disebabkan ditrimester kedua relatif terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, kecemasan, kekhawatiran yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada ibu hamil kini mulai mereda dan menuntut kasih sayang dari pasangan maupun dari keluarganya (Rustikayanti et al., 2016).

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut fase penantian. Dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini ibu hamil mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga dia menjadi tidak sabar dengan kehadiran seorang bayi. Ibu hamil merasakan kembali ketidaknyamanan fisik karena merasa canggung, merasa dirinya tidak menarik lagi. Sehingga dukungan dari pasangan sangat dia butuhkan. Peningkatan hasrat seksual yang pada trimester kedua menjadi menurun karena abdomen yang semakin membesar menjadi halangan dalam berhubungan. (Rustikayanti et al., 2016).

2.1.5 Tanda Tanda Kehamilan

1. Tanda tidak pasti
 - a) Amenorhea
 - b) Mual dan muntah
 - c) Mastodinia
 - d) Gangguan kencing
 - e) Konstipasi
 - f) Perubahan berat badan
 - g) Perubahan warna kulit
 - h) Perubahan payudara
 - i) Mengidam
 - j) Lelah
 - k) Varises (Apriza, 2020:49-50).
2. Tanda kemungkinan hamil
 - a) Rahim membesar
 - b) Tanda *hegar*
 - c) Tanda *chadwick*
 - d) Tanda *piscaseck*
 - e) *Braxton hicks*
 - f) Tes urine kehamilan (tes HCG) positif (Apriza, 2020:49-50)

3. Tanda pasti kehamilan
 - a) Teraba gerakan janin
 - b) Teraba bagian-bagian janin
 - c) Denyut jantung janin (Apriza, 2020 :49-50).

2.1.6 Tanda Bahaya Ibu Hamil

Tanda bahaya kehamilan yang dapat muncul antara lain

1. Perdarahan vagina.
2. Edema pada wajah dan tangan.
3. Demam tinggi.
4. Ruptur membran.
5. Penurunan pergerakan janin, dan muntah persisten (Obstetri et al., 2017).

Tanda-tanda bahaya selama kehamilan meliputi:

1. Perdarahan pervaginam
2. Edema pada wajah dan tangan
3. Demam tinggi
4. Ruptur membran
5. Penurunan pergerakan janin
6. Muntah persisten (Nur Isdiaty, Fandiar, 2013:19).

2.1.7 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil

Ibu hamil hendaknya memperhatikan benar asupan gizi bagi tubuhnya yang sangat dibutuhkan bagi janin yang sedang dikandung, seperti kebutuhan akan karbohidrat, protein, ion,

asam folat, kalsium, dan sederetan vitamin yang penting bagi perkembangan janin.

Wanita hamil membutuhkan setidaknya 285 Kkal tambahan energi dari kebutuhan wanita dewasa yang tidak hamil sebesar 1900-2400 Kkal/hari. Untuk itu, perlu pasokan energi dari makanan-makanan yang dikonsumsi (sebagai catatan, jika sebelum hamil sudah mengalami kelebihan berat badan, baik untuk mengurangi pasokan tambahan makanan selama hamil, agar tidak terjadi obesitas yang akan mempersulit proses persalinan.(Winarsih, 2018:84).

2.1.8 Nutrisi dan Makanan Ibu Hamil

Beberapa kategori makanan yang boleh dikonsumsi ibu hamil, yaitu :

1. Makanan yang baik

Memiliki arti sebagai makanan yang baik dalam hal prosesnya, cara memasaknya, kadar kandungannya, dan lain-lain. Setidaknya, makanan baik memenuhi kriteria seperti bersih, layak konsumsi (tidak berbau, warna cerah, rasa wajar), aman kandungannya (hindari MSG dan vetsin), serta benar dalam proses (matang dan menggunakan bahan alami).

2. Makanan yang sesuai kebutuhan

Kebutuhan nutrisi bagi wanita hamil diantaranya :

a) Energi

Tambahan energi selain untuk ibu, janin juga perlu untuk tumbuh kembang. Banyaknya energi yang dibutuhkan hingga melahirkan sekitar 80.000 Kkal atau membutuhkan tambahan 300 Kkal sehari. Menurut RISKESDAS (2007) , rata-rata Nasional Konsumsi Energi per kapita per hari adalah 1735,5 Kkal. Kebutuhan kalori tiap trimester adalah :

- 1) Trimester I kebutuhan kalori meningkat, minimal 2000 Kkal/hari.
- 2) Trimester II kebutuhan kalori akan meningkat untuk kebutuhan ibu yang meliputi penambahan volume darah, pertumbuhan uterus, payudara, dan lemak.
- 3) Trimester III kebutuhan kalori akan meningkat untuk pertumbuhan janin dan plasenta.

3. Protein

Merupakan zat gizi untuk pertumbuhan. Penambahan protein selama kehamilan tergantung kecepatan pertumbuhan janinnya. Kebutuhan protein pada trimester I hingga trimester II kurang dari 6 gram tiap harinya, sedangkan pada trimester III sekitar 10 gram tiap harinya. Kebutuhan protein bisa didapat dari nabati maupun hewani. Sumber protein yang termasuk ke dalam protein

hewani yaitu seperti daging tak berlemak, ikan, telur, dan susu. Sementara itu, untuk sumber nabati yaitu tahu, tempe, dan kacang-kacangan.

4. Lemak

Dibutuhkan untuk perkembangan dan pertumbuhan janin selama dalam kandungan sebagai kalori utama. Lemak merupakan sumber tenaga dan untuk pertumbuhan jaringan plasenta. Selain itu, lemak disimpan untuk persiapan ibu sewaktu menyusui. Kadar lemak akan meningkat pada kehamilan trimester III. Lemak banyak terdapat dalam minyak goreng dan margarin, juga dapat ditemukan pada bahan makanan hewani atau nabati.

5. Karbohidrat

Merupakan sumber utama untuk tambahan kalori yang dibutuhkan selama kehamilan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin. Jenis karbohidrat yang dianjurkan adalah karbohidrat kompleks, seperti roti, sereal, nasi, dan pasta. Karbohidrat kompleks mengandung vitamin dan mineral, serta mampu meningkatkan asupan serat untuk mencegah terjadinya konstipasi.

6. Vitamin

Wanita hamil membutuhkan lebih banyak vitamin dibandingkan wanita tidak hamil. Kebutuhan vitamin

diperlukan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi sel.

Kebutuhan vitamin meliputi :

a) 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 prematur, anemia, cacat bawaan, bayi dengan berat bayi lahir rendah (BBLR), dan pertumbuhan janin terganggu. Kebutuhan asam folat sekitar 600-800 miligram. Asam folat dapat didapatkan dari suplemen asam folat, sayuran berwarna hijau, jeruk, buncis, kacang-kacangan, dan roti gandum.

b) Vitamin A

Memiliki fungsi untuk penglihatan, imunitas, pertumbuhan, dan perkembangan embrio. Kekurangan vitamin A menyebabkan kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah. Sumber Vitamin A, antara lain buah-buahan, sayuran berwarna hijau atau kuning, mentega, susu, kuning telur, dan lainnya.

c) Vitamin B

Vitamin B1, vitamin B2, niasin dan asam pantotenat yang dibutuhkan untuk membantu proses metabolisme. Vitamin B6 dan B12 diperlukan untuk membentuk DNA dan sel-sel darah merah. Vitamin B6 berperan dalam metabolisme asam amino. Vitamin B dapat ditemukan pada roti, nasi, susu, daging, dan makanan fermentasi, seperti tempe dan tahu.

d) 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 di dalam tubuh. Ibu hamil disarankan mengonsumsi 85 miligram per hari. Sumber vitamin C didapat dari tomat, jeruk, stroberi, jambu biji, dan brokoli.

e) Vitamin D

Berfungsi untuk mencegah hipokalsemia, membantu penyerapan kalsium dan fosfor, mineralisasi tulang dan gigi, serta mencegah *osteomalacia* pada ibu. Sumber vitamin D terdapat pada susu, kuning telur. Vitamin D juga dapat dibuat sendiri oleh tubuh dengan bantuan sinar matahari.

f) Vitamin E

Berfungsi untuk pertumbuhan sel dan jaringan serta integrasi sel darah merah. Selama kehamilan, wanita hamil dianjurkan mengonsumsi 2 vitamin E sebanyak 2 miligram per hari.

g) Vitamin K

Kekurangan vitamin K dapat mengakibatkan gangguan perdarahan pada bayi. Pada umumnya, kekurangan vitamin K jarang terjadi, karena vitamin K terdapat pada banyak jenis makanan dan juga disintesis oleh bakteri usus.

h) Mineral

Wanita hamil juga membutuhkan lebih banyak mineral dibandingkan selama hamil. Kebutuhan mineral diperlukan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi sel.

Kebutuhan mineral, antara lain:

1) Zat besi

Kebutuhan zat gizi akan meningkat 200-300 miligram dan selama kehamilan yang dibutuhkan sekitar 1040 miligram. Zat besi dibutuhkan untuk memproduksi hemoglobin, yaitu protein di sel darah merah yang berperan membawa oksigen ke jaringan

tubuh. Selain itu, zat besi penting untuk pertumbuhan dan metabolisme energi dan mengurangi kejadian anemia. Defisiensi zat besi akan berakibat pada ibu hamil yang mudah lelah dan rentan infeksi, risiko persalinan prematur, dan berat badan bayi lahir rendah. Untuk mencukupi kebutuhan zat besi, ibu hamil dianjurkan mengonsumsi 30 miligram tiap hari. Efek samping dari zat besi adalah konstipasi dan *neusea* (mual muntah). Zat besi baik dikonsumsi dengan vitamin C, dan tidak dianjurkan mengonsumsi bersama kopi, teh, dan susu. Sumber alami zat besi dapat ditemukan pada daging merah, ikan, kerang, unggas, sereal, dan kacang-kacangan.

2) Zat seng

Digunakan untuk pembentukan tulang selubung dan saraf tulang belakang. Risiko kekurangan zat seng dapat menyebabkan kelahiran prematur dan berat bayi lahir rendah. Kebutuhan seng pada ibu hamil yakni sekitar 20 miligram per hari. Sumber makanan yang mengandung seng, antara lain : kerang daging, kacang-kacangan, dan sereal.

3) Kalsium

Ibu hamil membutuhkan kalsium untuk pembentukan tulang dan gigi, membantu pembuluh darah berkontraksi dan berdilatasi, serta mengantarkan sinyal saraf, kontraksi otot, dan sekresi hormon. Kebutuhan kalsium ibu hamil yakni sekitar 1000 miligram per hari. Sumber kalsium didapat dari ikan teri, susu, keju, udang, sarden, sayuran hijau, dan yoghurt.

4) Yodium

Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi yodium sekitar 200 miligram dalam bentuk garam beryodium. Kekurangan yodium dapat menyebabkan *hipertiroidisme* yang berkelanjutan menjadi *kretinisme*. Yodium banyak ditemukan pada *seafood*, rumput laut, dan sebagainya.

5) Fosfor

Berperan dalam pembentukan tulang dan gigi, janin, serta kenaikan metabolisme kalsium ibu. Kekurangan zat fosfor akan menyebabkan kram pada tungkai.

6) Flour

Diperlukan tubuh untuk pertumbuhan tulang dan gigi. Kekurangan flour menyebabkan pembentukan gigi tidak sempurna. Flour terdapat dalam air minum.

7) Natrium

Natrium berperan dalam metabolisme air dan bersifat mengikat cairan dalam jaringan sehingga memengaruhi keseimbangan cairan tubuh pada ibu hamil. Kebutuhan natrium meningkat seiring dengan meningkatnya kerja ginjal. Kebutuhan natrium ibu hamil sekitar 3,3 gram per minggu (Winarsih, 2018:84-90)



Tabel 2.2
Daftar Angka Kecukupan Gizi (AKG) per
Orang/Hari yang Dianjurkan

Zat besi	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 B1 (mg)	0.8	+0,2	Biji-bijian, padi-padian, kacang-kacangan, daging.
Vitamin B2 (mg)	1,3	+0,2	Hati, telur, sayur, kacang-kacangan.
Vitamin B6 (mg)	12,4	+2	Hati, daging, ikan, biji-bijian, kacang-kacangan.
Vitamin C (mg)	20	+20	Buah dan sayur.

Sumber: (Winarsih, 2018:90)

2.1.9 Komplikasi pada Ibu dan Janin Selama Kehamilan

1. Abortus

a) Definisi

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.

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi yang usia kehamilannya kurang dari 20 minggu. Diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya amenore, tanda-tanda kehamilan, perdarahan hebat per vagina, pengeluaran jaringan plasenta dan kemungkinan kematian janin. Pada abortus septik, perdarahan per vagina yang banyak atau sedang, demam (menggigil), kemungkinan gejala iritasi peritoneum, dan kemungkinan syok.

b) Etiologi

Abortus pada wanita hamil bisa terjadi karena beberapa sebab di antaranya:

1) Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi. Kelainan inilah yang paling umum menyebabkan abortus pada kehamilan sebelum umur kehamilan 8 minggu.

Beberapa faktor yang menyebabkan kelainan ini antara lain : kelainan kromosom/genetik, lingkungan tempat menempelnya hasil pembuahan yang tidak bagus atau kurang sempurna dan pengaruh zat-zat yang berbahaya bagi janin seperti radiasi, obat-obatan, tembakau, alkohol, dan infeksi virus.

2) Kelainan pada plasenta. Kelainan ini bisa berupa gangguan pembentukan pembuluh darah pada

plasenta yang disebabkan oleh karena penyakit darah tinggi yang menahun.

3) Faktor ibu seperti penyakit-penyakit kronis yang diderita oleh sang ibu seperti : radang paru-paru, tifus, anemia berat, keracunan, dan infeksi virus toxoplasma.

4) Kelainan yang terjadi pada organ kelamin ibu seperti gangguan pada mulut rahim, kelainan bentuk rahim terutama rahim yang lengkungannya ke belakang (secara umum rahim melengkung ke depan), mioma uteri, dan kelainan bawaan pada rahim.

c) Klasifikasi

Abortus pun dibagi lagi menjadi beberapa bagian, antara lain :

1) Abortus Komplet

Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari rahim pada kehamilan kurang dari 20 minggu.

2) Abortus Inkomplet

Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari rahim dan masih ada yang tertinggal.

3) Abortus insipiens

Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks yang telah mendatar, sedangkan hasil konsepsi masih berada lengkap di dalam rahim.

4) Abortus Iminens

Abortus tingkat pemulaan, terjadi perdarahan per vaginam, sedangkan jalan lahir masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik di dalam rahim.

5) Missed Abortion

Abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih dalam kandungan.

6) Abortus Habitualis

Abortus yang terjadi sebanyak tiga kali berturut-turut atau lebih.

7) Abortus Infeksius

Abortus yang disertai infeksi organ genitalia.

8) Abortus Septik

Abortus yang terinfeksi dengan penyebaran mikroorganisme dan produknya ke dalam sirkulasi sistemik ibu.

d) Penanganan

1) Abortus Komplet

Tidak memerlukan penanganan khusus, hanya apabila menderita anemia ringan perlu diberikan tablet besi dan dianjurkan supaya makan makanan yang mengandung banyak protein, vitamin dan mineral.

2) Abortus Inkomplet

Bila disertai dengan syok akibat perdarahan maka pasien diinfus dan dilanjutkan transfusi darah. Setelah syok teratasi, dilakukan kuretase, bila perlu pasien dianjurkan untuk rawat inap.

3) Abortus Insiapiens

Biasanya dilakukan tindakan kuretase bila umur kehamilan kurang dari 12 minggu yang disertai dengan perdarahan.

4) Abortus Iminens

Istirahat baring, tidur berbaring merupakan unsur penting dalam pengobatan karena cara ini akan mengurangi rangsangan mekanis dan menambah aliran darah ke rahim. Ditambahkan obat penenang bila pasien gelisah.

5) Missed Abortion

Dilakukan kuretase, harus hati-hati karena terkadang plasenta melekat erat pada rahim.

6) Abortus Habitualis

Transfusi leukosit/Heparin.

7) Abortus Infeksius-Abortus Septik

Infus: Kp Transfusi, Antibiotika Spektrum Luas, Kultur-Sensitivity Test, Tetanus: Inj. ATS, Irigasi H₂O₂, Histerektomi.

e) Terapi

Terapi untuk perdarahan yang tidak mengancam nyawa adalah dengan Macrodex, Haemaccel, Periston, Plasmagel, Plasmafundin (pengeksansi plasma pengganti darah) dan perawatan di rumah sakit. Terapi untuk perdarahan yang mengancam nyawa (syok hemoragik) dan memerlukan anestesi, harus dilakukan dengan sangat hati-hati jika kehilangan darah banyak. Pada syok berat, lebih dipilih kuretase tanpa anestesi kemudian Methergin. Pada abortus pada demam menggigil, tindakan utamanya dengan penisilin, ampisilin, sefalotin, rebofasin, dan pemberian infus.

2. Mola hidatidosa

a) Definisi

Mola hidatidosa (hamil anggur) adalah suatu massa atau pertumbuhan di dalam rahim yang terjadi pada awal kehamilan. Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal, di mana seluruh vili khorialisnya mengalami perubahan hidrofobik. Mola hidatidosa juga dihubungkan dengan edema vesikular dari vili khorialis plasenta dan biasanya tidak disertai fetus yang intak. Secara histologist, ditemukan proliferasi trofoblast dengan berbagai tingkatan hiperplasia dan displasia. Vili khorialis terisi cairan, membengkak, dan hanya terdapat sedikit pembuluh darah.

b) Etiologi

Penyebab pasti mola hidatidosa tidak diketahui, tetapi faktor-faktor yang mungkin dapat menyebabkan dan mendukung terjadinya mola. Antara lain :

- 1) Faktor ovum, dimana ovum memang sudah patologik sehingga mati, tetapi terlambat dikeluarkan.
- 2) Imunoselektif dari trofoblast.
- 3) Keadaan sosioekonomi yang rendah.
- 4) Paritas tinggi.

5) Kekurangan protein.

6) Infeksi virus dan faktor kromosom yang belum jelas.

c) Klasifikasi

1) Mola Hidatidosa Sempurna

2) Mola Hidatidosa Parial

d) Tanda dan gejala

Tanda dan gejala kehamilan dini didapatkan pada mola hidatidosa. Kecurigaan biasanya terjadi pada minggu ke-14 sampai dengan ke-16 di mana ukuran rahim lebih besar dari kehamilan biasa, pembesaran rahim yang terkadang diikuti perdarahan, dan bercak berwarna merah darah beserta keluarnya materi seperti anggur pada pakaian dalam.

Tanda dan gejala :

1) Mual dan muntah yang parah yang menyebabkan 10% pasien masuk RS.

2) Pembesaran rahim yang tidak sesuai dengan usia kehamilan (lebih besar) :

(a)Gejala-gejala hipertitoidisme seperti intoleransi panas, gugup, penurunan BB yang tidak dapat dijelaskan, tangan gemetar dan berkeringat, kulit lembab.

(b)Gejala-gejala pre-eklampsi seperti pembengkakan pada kaki dan tungkai, peningkatan tekanan darah, proteinuria (terdapat protein pada aoe seni).

e) Manifestasi klinis

- 1) Amenorhea dan tanda-tanda kehamilan.
- 2) Perdarahan pervaginam dari bercak sampai perdarahan berat merupakan gejala utama dari mola hidatidosa, sifat perdarahan bisa intermiten selama berapa minggu sampai beberapa bulan sehingga dapat menyebabkan anemia defisiensi besi.
- 3) Uterus sering membesar lebih cepat dari biasanya tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- 4) Tidak dirasakan tanda-tanda adanya gerakan janin maupun *ballotement*.
- 5) Hiperemesis, pasien dapat mengalami mual dan muntah cukup berat.
- 6) Preeklampsi dan eklampsi sebelum minggu ke-24.
- 7) Keluar jaringan mola seperti buah anggur yang merupakan diagnosis pasti.
- 8) Gejala tirotoksikosis.

f) Diagnosis

Diagnosis ditegakkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, USG dan histologis. Pada mola hidatidosa yang komplet terdapat tanda dan gejala klasik yakni :

- 1) Perdarahan vaginal
- 2) Hiperemesis
- 3) Hipertiroid

3. Kehamilan Ekstrauteri (Ektopik)

a) Definisi

Kehamilan ektopik adalah implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi diluar endometrium kavum uteri.

b) Penyebab

Gangguan ini adalah terlambatnya transport ovum karena obstruksi mekanis pada jalan yang melewati tuba uteri. Kehamilan tuba terutama di ampula, jarang terjadi kehamilan di ovarium.

c) Tanda dan Gejala

Nyeri yang terjadi serupa dengan nyeri melahirkan, sering unilateral (*abortus tuba*), ada nyeri tekan abdomen yang jelas dan menyebar. Kavum douglas menonjol dan sensitive terhadap tekanan. Jika ada perdarahan intra-abdominal, gejalanya sebagai berikut :

- 1) Sensitivitas tekanan pada abdomen bagian bawah, lebih jarang pada abdomen bagian atas.
- 2) Abdomen tegang.
- 3) Mual.
- 4) Nyeri bahu.
- 5) Membran mukosa anemis.

Jika terjadi syok, akan ditemukan nadi lemah dan cepat, tekanan darah di bawah 100 mmHg, wajah tampak kurus dan bentuknya menonjol-terutama hidung, keringat dingin, ekstermitas pucat, kuku kebiruan, dan mungkin terjadi gangguan kesadaran.

d) Diagnosis

Ditegakkan melalui adanya amenore 3-10 minggu, jarang lebih lama, perdarahan per vagina tidak teratur (tidak selalu).

e) Penanganan

- 1) Penanganan kehamilan ektopik pada umumnya adalah laparotomi.
- 2) Pada laparotomi perdarahan selekas mungkin dihentikan dengan menjepit bagian dari adneksa yang menjadi sumber perdarahan.
- 3) Keadaan umum penderita terus diperbaiki dan darah dalam rongga perut sebanyak mungkin dikeluarkan.

Dalam tindakan demikian, beberapa hal yang harus dipertimbangkan yaitu :

- 1) Kondisi penderita pada saat itu.
- 2) Keinginan penderita akan fungsi reproduksinya.
- 3) Lokasi kehamilan ektopik.
- 4) Hasil ini menentukan apakah perlu dilakukan salpingektomi (pemotongan bagian tuba yang terganggu) pada kehamilan tuba. Dilakukan pemantauan terhadap kadar HCG (kuantitatif). Peninggian kadar HCG yang berlangsung terus menandakan masih adanya jaringan ektopik yang belum terangkat.

f) Terapi

Terapi untuk gangguan ini adalah dengan infuse ekspander plasma (Haemaccel, Macrodex) 1000 ml atau merujuk ke rumah sakit secepatnya.

4. Plasenta Previa

a) Definisi

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

b) Etiologi

Mengapa plasenta tumbuh pada segmen bawah uterus tidak selalu dapat diterangkan, bahwasanya vaskularisasi yang berkurang atau perubahan atrofi pada dosidua akibat persalinan yang lampau dan dapat menyebabkan plasenta previa tidak selalu benar, karena tidak nyata dengan jelas bahwa plasenta previa didapati untuk sebagian besar pada penderita dengan paritas fungsi. Memang dapat dimengerti bahwa aliran darah ke plasenta tidak cukup atau diperlukan lebih banyak seperti pada kehamilan kembar. Plasenta yang letaknya normal sekalipun akan meluaskan permukaannya, sehingga mendekati atau menutupi sama sekali permukaan jalan lahir.

Gambaran klinis plasenta previa :

- 1) Perdarahan tanpa nyeri.
- 2) Perdarahan berulang.
- 3) Warna perdarahan merah segar.
- 4) Adanya anemia dan renjatan yang sesuai dengan keluarnya darah.
- 5) Timbulnya perlahan-lahan.
- 6) Waktu terjadinya saat hamil.
- 7) His biasanya tidak ada.

- 8) Rasa tidak tegang (biasa) saat palpasi.
- 9) Denyut jantung janin ada.
- 10) Teraba jaringan plasenta pada periksa dalam vagina.
- 11) Penurunan kepala tidak masuk pintu atas panggul.
- 12) Presentasi mungkin abnormal.

c) Diagnosis

- 1) Anamnesis
- 2) Pemeriksaan luar
- 3) Pemeriksaan in spekulo
- 4) Penentuan letak plasenta tidak sungsang
- 5) Pemeriksaan ultrasonografi
- 6) Diagnosis plasenta previa secara definitif

d) Klasifikasi

- 1) Plasenta previa *totalis*, apabila seluruh pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta.
- 2) Plasenta previa *parsialis*, apabila sebagian pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta.
- 3) Plasenta previa *marginalis*, apabila pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan.
- 4) Plasenta *letak rendah*, plasenta yang letaknya abnormal pada segmen bawah uterus tetapi belum sampai menutupi pembukaan jalan lahir.

e) Terapi

Terapi atau tindakan terhadap gangguan ini dilakukan di tempat praktik. Pada kasus perdarahan yang banyak, pengobatan syok adalah dengan infuse Macrodex, Periston, Haemaccel, Plasmagel, Plasnafudin. Pada kasus pasien gelisah, diberikan 10 mg valium (diazepam) IM atau IV secara perlahan.

5. Solusio Plasenta

a) Definisi

Solusio plasenta adalah lepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang berimplantasi normal pada kehamilan di atas 22 minggu dan sebelum anak lahir.

b) Etiologi

Penyebab utama dari solusio plasenta masih belum diketahui pasti. Meskipun demikian ada beberapa faktor yang diduga memengaruhinya, antara lain :

- 1) Penyakit hipertensi manahun.
- 2) Pre-eklampsia
- 3) Tali pusat yang pendek.
- 4) Trauma.
- 5) Tekanan oleh rahim yang membesar pada vena cava inferior uterus yang sangat mengecil (hidramnion

pada waktu ketuban pecah, kehamilan ganda pada waktu anak pertama lahir.

Di samping hal-hal di atas, ada juga pengaruh dari :

- 1) Umur lanjut.
- 2) Multiparitas.
- 3) Ketuban pecah sebelum waktunya.
- 4) Defisiensi asam folat.
- 5) Merokok, alkohol, kokain.
- 6) Mioma uteri.

c) Klasifikasi

Secara klinis solusio plasenta dibagi dalam :

- 1) Solusio plasenta ringan.
- 2) Solusio plasenta sedang.
- 3) Solusio plasenta berat.

d) Gejala klinis

- 1) Perdarahan yang disertai nyeri, juga di luar his.
- 2) Anemi dan syok, beratnya anemi dan syok sering tidak sesuai dengan banyaknya darah yang keluar.
- 3) Uterus keras seperti papan dan nyeri dipegang karena isi uterus bertambah dengan darah yang berkumpul di belakang plasenta sehingga uterus teregang (*uterus en bois*).
- 4) Palpasi sukar karena rahim keras.

- 5) Fundus uteri makin lama makin naik.
- 6) Bunyi jantung biasanya tidak ada.
- 7) Pada touch teraba ketuban yang tegang terus menerus karena isi uterus bertambah.
- 8) Sering ada protein urine karena disertai pre-eklampsia.

e) Diagnosis

Diagnosis solusio plasenta didasarkan adanya perdarahan antepartum yang bersifat nyeri, uterus yang tegang dan nyeri. Setelah plasenta lahir, ditemukan adanya impresi (cekungan) pada permukaan maternal plasenta akibat tekanan dari hematoma retroplasenta.

f) Penanganan

1) Solusio plasenta ringan

Apabila kehamilannya kurang dari 36 minggu, perdarahannya kemudian berhenti, perutnya tidak menjadi sakit, uterusnya tidak menjadi tegang maka penderita dapat dirawat secara konservatif di rumah sakit dengan observasi ketat.

2) Solusio plasenta sedang dan berat

Apabila perdarahannya berlangsung terus, dan gejala solusio plasenta bertambah jelas, atau dalam pemantauan USG daerah solusio plasenta bertambah luas, maka pengakhiran kehamilan tidak dapat

dihindarkan lagi. Apabila janin hidup, dilakukan *sectio caesaria*. *Sectio caesaria* dilakukan bila serviks panjang dan tertutup, setelah pemecahan ketuban dan pemberian oksitosin dalam 2 jam belum juga ada his. Apabila janin mati, ketuban segera dipecahkan untuk mengurangi regangan dinding uterus disusul dengan pemberian infuse oksitosin 5 iu dalam 500 cc glukosa 5% untuk mempercepat persalinan.

6. Retensio Plasenta

a) Pengertian

Retensio plasenta adalah keadaan di mana plasenta belum lahir dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Diagnosis ditegakkan berdasarkan adanya plasenta tidak lahir spontan dan tidak yakin apakah plasenta lengkap.

b) Faktor yang memengaruhi

- 1) Kelainan dari uterus sendiri, yaitu anomali dari uterus atau serviks, kelemahan dan tidak efektifnya kontraksi uterus, kontraksi yang tetanik dari uterus serta pembentukan *constriction ring*.
- 2) Kelainan dari plasenta dan sifat perlekatan plasenta pada uterus.

3) Kesalahan manajemen kala tiga persalinan, seperti manipulasi dari uterus yang tidak perlu sebelum terjadinya pelepasan dari plasenta menyebabkan kontraksi yang tidak ritmik, pemberian uterotonik yang tidak tepat waktu dapat menyebabkan serviks kontraksi dan menahan plasenta, serta pemberian anestesi terutama yang melemahkan kontraksi uterus.

c) Penyebab

1) Plasenta belum terlepas dari dinding uterus karena tumbuh melekat lebih dalam. Perdarahan tidak akan terjadi terjadi jika plasenta belum lepas sama sekali dan akan menjadi perdarahan jika lepas sebagian. Hal ini merupakan indikasi untuk mengeluarkannya. Menurut tingkat perlekatannya dibagi menjadi :

(a) Plasenta adhesiva, melekat pada endometrium, tidak sampai membran basal.

(b) Plasenta inkreta, vili khorialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua sampai ke miometrium.

(c) Plasenta akreta, menembus lebih dalam ke miometrium tetapi belum menembus serosa.

(d) Plasenta perkreta, menembus sampai serosa atau peritoneum dinding rahim.

2) Plasenta sudah lepas dari dinding uterus akan tetapi belum keluar, disebabkan oleh tidak adanya usaha untuk melahirkan atau karena salah penanganan kala III, sehingga terjadi lingkaran konstiksi pada bagian bawah uterus yang menghalangi keluarnya plasenta (plasenta inkarserata).

d) Penanganan

Penanganan retensio plasenta atau sebagian plasenta adalah :

1) Resusitasi (pemberian oksigen 100%). Pemasangan IV-line dengan kateter yang berdiameter besar serta pemberian cairan kristaloid (sodium klorida isotonik atau larutan ringer laktat yang hangat, apabila memungkinkan). Monitor jantung, nadi, tekanan darah dan saturasi oksigen. Transfusi darah apabila diperlukan yang dikonfirmasi dengan hasil pemeriksaan darah.

2) Drips oksitosin (oxytocin drips) 20 IU dalam 500 ml larutan Ringer laktat atau NaCl 0,9% (normal saline) sampai uterus berkontraksi.

- 3) Plasenta coba dilahirkan dengan Brandi Andrews, jika berhasil lanjutkan dengan drips oksitosin untuk mempertahankan uterus.
- 4) Jika plasenta tidak lepas dicoba dengan tindakan manual plasenta. Indikasi manual plasenta adalah : perdarahan pada kala tiga persalinan kurang lebih 400 cc, retensio plasenta setelah 30 menit anak lahir. Setelah persalinan buatan yang sulit seperti forseps tinggi, versi ekstraksi, perforasi, dan dibutuhkan untuk eksplorasi jalan lahir, tali pusat putus.
- 5) Jika tindakan manual plasenta tidak memungkinkan, jaringan dapat dikeluarkan dengan tang (cunam) abortus dilanjutkan kuret sisa plasenta. Pada umumnya pengeluaran sisa plasenta dilanjutkan dengan kuretase. Kuretase harus dilakukan di rumah sakit dengan hati-hati karena dinding rahim relatif tipis dibandingkan dengan kuretase pada abortus.
- 6) Setelah selesai tindakan pengeluaran sisa plasenta, dilanjutkan dengan pemberian obat uterotonika melalui suntikan atau per oral.
- 7) Pemberian antibiotika apabila ada tanda-tanda infeksi dan untuk pencegahan infeksi sekunder.

e) Terapi

Terapi untuk retensio atau inkarserasi adalah 35 unit Syntocinon (oksitosin) IV yang diikuti oleh usaha pengeluaran secara hati-hati dengan tekanan pada fundus. Jika plasenta tidak lahir, usahakan pengeluaran secara manual setelah 15 menit. Jika ada keraguan tentang lengkapnya plasenta, lakukan palpasi sekunder.

7. Pre-eklamsia

a) Pengertian

Pre-eklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai dengan proteinuria. Pre-eklamsia dan eklamsia, merupakan kesatuan penyakit, yakni yang langsung disebabkan oleh kehamilan, walaupun belum jelas bagaimana hal itu terjadi. Pre-eklamsia diikuti dengan timbulnya hipertensi disertai protein urin dan oedema akibat kehamilan setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan.

Diagnosis pre-eklamsia ditegakkan berdasarkan adanya dua dari tiga gejala, yakni penambahan berat badan yang berlebihan, oedema, hipertensi dan proteinuria. Penambahan berat badan yang berlebihan bila terjadi kenaikan 1 kg seminggu berapa kali. Oedema terlihat sebagai peningkatan berat badan pembengkakan kaki,

jari tangan, dan muka. Tekanan darah $> 140/90$ mmHg atau tekanan sistolik meningkat >30 mmHg atau tekanan diastolik > 15 mmHg yang diukur setelah pasien beristirahat selama 30 menit.

b) Penyebab

Penyebab pre-eklamsi belum diketahui secara pasti, banyak teori yang coba dikemukakan para ahli untuk menerangkan penyebab, namun belum ada jawaban yang memuaskan. Teori yang sekarang dipakai adalah teori Iskhemik plasenta. Namun teori ini juga belum mampu menerangkan semua hal yang berhubungan dengan penyakit ini.

c) Klasifikasi

Pre eklamsia digolongkan menjadi 2 golongan, yaitu :

1) Pre-eklamsia ringan

(a) Kenaikan tekanan darah diastolik 15 mmHg atau >90 mmHg dengan 2 kali pengukuran berjarak 1 jam atau tekanan diastolik sampai 110 mmHg.

(b) Kenaikan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau $>$ atau mencapai 140 mmHg.

(c) Protein urin positif 1, edema umum, kaki, jari tangan dan muka. Kenaikan BB >1 Kg/mgg.

2) Pre-eklampsia berat

- (a) Tekanan diastolik >110 mmHg. Protein urin positif 3, oliguria (urine, 5 gr/L).
- (b) Hiperrefleksia, gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, terdapat edema dan sianosis, nyeri kepala, gangguan kesadaran.
- (c) Gangguan klinis
- (d) Sakit kepala terutama daerah frontal.
- (e) Rasa nyeri daerah epigastrium.
- (f) Gangguan penglihatan.
- (g) Terdapat mual sampai muntah.
- (h) Gangguan pernapasan sampai sianosis.
- (i) Gangguan kesadaran.
- (j) Diagnosis

Pada umumnya diagnosis diferensial antara pre-eklampsia dengan hipertensi menahun atau penyakit ginjal tidak menimbulkan kesukaran. Pada hipertensi menahun adanya tekanan darah yang meninggi sebelum hamil pada keadaan muda atau bulan postpartum akan sangat berguna untuk membuat diagnosis. Untuk diagnosis penyakit ginjal saat timbulnya proteinuria banyak menolong. Proteinuria

pada pre-eklamsia jarang timbul sebelum TM ke 3 ,
sedangkan pada penyakit ginjal timbul lebih dulu.

d) Pencegahan

Belum ada kesepakatan dalam strategi pencegahan pre-eklamsia, Beberapa penelitian menunjukkan pendekatan nutrisi (diet rendah garam, diet tinggi protein, suplemen kalsium, magnesium, dan lain-lain). Atau medikamentosa (teorifin, anthihipertensi, diuretic, aspirin) dapat mengurangi timbulnya pre-eklamsia.

e) Penanganan

- 1) Jika setelah penanganan diastolik tetap lebih dari 110 mmHg, beri obat anti hipertensi sampai tekanan diastolik di antara 90-100 mmHg.
- 2) Pasang infus dengan jarum besar (16G atau lebih besar).
- 3) Ukur keseimbangan cairan jangan sampai terjadi overload cairan.
- 4) Kateterisasi urin untuk memantau pengeluaran urin dan proteinuria.
- 5) Jika jumlah urin kurang dari 30 ml/jam, hentikan meagnesium sulfat dan berikan cairan IV NaCl 0,9% atau Ringer Laktat 1 L/8jam dan pantau kemungkinan oedema paru.

- 6) Jangan tinggalkan pasien sendirian. Kejang disertai aspirasi muntah dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.
- 7) Observasi tanda-tanda vital, refleks, dan denyut jantung tiap jam.
- 8) Auskultasi paru untuk mencari tanda-tanda oedema paru.
- 9) Hentikan pemberian cairan IV dan beri diuretic (mis : furosemid 40 mg IV sekali saja jika ada edema paru).
- 10) Nilai pembekuan darah jika pembekuan tidak terjadi sesudah 7 menit (kemungkinan terdapat koagulopati).

8. HPP (*Hemorrhagic Postpartum*)

a) Pengertian

Perdarahan setelah melahirkan atau *Hemorrhagic Postpartum* (HPP) adalah konsekuensi perdarahan berlebihan dari tempat implantasi plasenta, trauma di traktus genitalia dan struktur sekitarnya, atau keduanya. Efek perdarahan banyak tergantung pada volume darah pada sebelum hamil dan derajat anemia saat kelahiran. Gambaran perdarahan *post partum* yang dapat mengecohkan adalah nadi dan tekanan darah

yang masih dalam batas normal sampai terjadi kehilangan darah yang sangat banyak.

b) Penyebab

1) Atonia uteri keadaan lemahnya tonus / kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Pada atonia uteri uterus terus tidak mengadakan kontraksi dengan baik, dan ini merupakan sebab utama dari perdarahan post partum.

2) Retensio plasenta, plasenta tetap tertinggal dalam uterus 30 menit setelah anak lahir. Plasenta yang sukar dilepaskan dengan pertolongan aktif kala III dapat disebabkan oleh adhesi yang kuat antara plasenta dan uterus.

3) Robekan jalan lahir perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa perdarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir.

c) Klasifikasi

1) Perdarahan *post partum* primer/dini (*early post partum hemorrhage*). Perdarahan yang telah terjadi selama 24 jam pertama. Penyebab utamanya adalah

atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Banyaknya terjadi setelah 24 jam pertama.

d) Diagnosis

Untuk membuat diagnosis perdarahan postpartum perlu diperhatikan ada perdarahan yang menimbulkan hipotensi dan anemia, apabila hal ini dibiarkan berlangsung terus, pasien akan jatuh dalam keadaan syok. Perdarahan *post partum* tidak hanya terjadi pada mereka yang mempunyai predisposisi, tetapi pada setiap persalinan kemungkinan untuk terjadinya perdarahan postpartum selalu ada.

Perdarahan yang terjadi dapat deras atau merembes, perdarahan yang deras biasanya akan segera menarik perhatian, sehingga cepat ditangani sedangkan perdarahan yang merembes karena kurang nampak sering kali tidak mendapat perhatian. Perdarahan yang bersifat merembes bila berlangsung lama akan mengakibatkan kehilangan darah yang banyak.

Untuk menentukan jumlah perdarahan, maka darah yang keluar setelah uri lahir harus ditampung dan dicatat. Kadang-kadang perdarahan terjadi tidak keluar dari vagina, tetapi menumpuk di vagina dan di dalam

uterus. Keadaan ini biasanya diketahui karena adanya kenaikan fundus uteri setelah uri keluar. Untuk menentukan etiologi dari perdarahan postpartum diperlukan pemeriksaan lengkap yang meliputi anamnesis. Pemeriksaan umum, pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan dalam.

e) Pencegahan dan penanganan

Cara yang terbaik untuk mencegah terjadinya perdarahan *post partum* adalah memimpin kala II dan kala III persalinan secara *lega artis*. Apabila persalinan diawali oleh seorang dokter spesialis obstetrik dan ginekologi ada yang menganjurkan untuk memberikan suntikan ergometrin secara IV setelah anak lahir, dengan tujuan untuk mengurangi jumlah perdarahan yang terjadi.

Penanganan umum pada perdarahan post partum :

- 1) Ketahui dengan pasti kondisi pasien sejak awal (saat masuk).
- 2) Pimpin persalinan dengan mengacu pada persalinan bersih dan aman (termasuk upaya pencegahan perdarahan pasca persalinan).
- 3) Lakukan observasi melekat pada 2 jam pertama pascapersalinan (di ruang bersalin) dan lanjutkan

pemantauan terjadwal hingga 4 jam berikutnya (di ruang rawat gabung).

- 4) Selalu siapkan keperluan tindakan gawat darurat.
- 5) Segera lakukan penilaian klinik dan upaya pertolongan apabila dihadapkan dengan masalah dan komplikasi.
- 6) Atasi syok.
- 7) Pastikan kontraksi berlangsung baik (keluarkan bekuan darah, lakukan pijatan uterus, berikan uterotonika 10 IU IM dilanjutkan infus 20 IU dalam 500 cc NS/RL dengan 40 tetesan permenit.
- 8) Pastikan plasenta telah lahir dan lengkap, eksplorasi kemungkinan robekan jalan lahir.
- 9) Bila perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.
- 10) Pasang kateter tetap dan lakukan pemantauan input-output cairan.
- 11) Cari penyebab perdarahan dan lakukan penanganan spesifik (Elizabeth Siwi W, 2015:28-46).

2.1.10 Hormon pada Kehamilan

Pada kehamilan biasanya terjadi perubahan pada seluruh tubuh, terutama oleh pengaruh hormon-hormon somatotropin, estrogen dan progesteron.

Hormon pada kehamilan :

1. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) merupakan suatu hormon yang dihasilkan oleh jaringan plasenta yang masih muda dan dikeluarkan lewat urin. Hormon ini juga dihasilkan bila terdapat proliferasi yang abnormal dari jaringan epitel korion seperti molahidatidosa atau suatu chorio carcinoma.

Kehamilan akan ditandai dengan meningkatnya kadar HCG dalam urin pada trimester I, HCG disekresikan 7 hari setelah ovulasi. Pemeriksaan HCG dengan metode imunokromatografi merupakan cara yang paling efektif untuk mendeteksi kehamilan dini.

Metode imunokromatografi sebagai salah satu test diagnostic untuk deteksi HCG dalam sampel urin secara in vitro.

Keuntungan pemeriksaan HCG secara imunokromatografi :

- a) Cepat, sehingga waktu yang dibutuhkan sangat singkat.

- b) Mudah didapat karena diperdagangkan secara komersil.
- c) Pasien dapat melakukan sendiri tanpa pergi ke RS, puskesmas, atau pada bidan setempat.
- d) Hasil pemeriksaan mudah dibaca sehingga tidak perlu diragukan(Harti et al., 2013).

2. Estrogen

Diproduksi di bawah pengaruh FSH. Estrogen menimbulkan proliferasi dari *endometrium*, pengaruhnya juga lebih luas karena menyebabkan timbulnya tanda kelamin sekunder seperti tumbuhnya buah dada, rambut kemaluan, rambut pada ketiak serta menambah kontraktilitas uterus. Hormon ini digunakan untuk mengatur haid, untuk pengobatan menopause, ada kalanya untuk memulai persalinan misalnya apabila janin mati dalam kandungan dan *serotinus*. Estrogen juga berpengaruh pada produksi dan sekresi struktur epitel vagina, mendorong pertumbuhan dari *basil doderlein* (untuk keasaman vagina) (Dartiwen, 2019:38-39).

3. Progesteron

Peningkatan progesteron yang terjadi pada ibu hamil akan menurunkan resiko terjadinya abotus, sedangkan penurunan kadar progesteron pada pasien abortus dibandingkan dengan kehamilan normal dan tes serum progesteron dapat digunakan sebagai tanda untuk menilai kegagalan awal kehamilan(Rajuddin et al., 2018:23).

4. Relaxin

Hormon ini maksimum jumlahnya pada 38-42 minggu kehamilan berpengaruh pada pengenduran panggul, kelembutan *serviks*, serta mendorong uterus untuk berkontraksi (Dartiwen, 2019:39)

5. Androgen

Androgen merupakan hormon steroid. Pada wanita, sejumlah kecil testosteron dan dihidrotestosteron diproduksi oleh ovarium yang jika muncul dalam jumlah yang cukup banyak akan menimbulkan efek androgenik yang signifikan(Puspita Yani,Dian, 2018:36).

6. Human Placental Lactogen (HPL)

Hormon ini diproduksi terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram / hari. Efeknya mirip dengan

hormone pertumbuhan. Ia juga bersifat diabetogenik, sehingga kebutuhan insulin wanita hamil naik(Pantikawati,Ika, 2010:57).

7. Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan karena ditekan oleh estrogen dan progesterone plasenta(Pantikawati,Ika, 2010:57).

8. Growth hormone (STH)

Produksinya sangat rendah karena mungkin ditekan HPL(Pantikawati,Ika, 2010:57).

9. Insulin

Produk insulin meningkat sebagai akibat estrogen, progesterone dan HPL (Pantikawati,Ika, 2010:57).

2.1.11 Perkembangan Janin

Perkembangan pranatal adalah perkembangan awal dari manusia. Dimulai dari pembuahan yang terjadi dari pertemuan sel sperma dengan sel telur. Sel telur yang matang dibuahi oleh sel sperma yang matang yang akhirnya akan menjadi sel-sel baru dan membentuk zigot. Pembuahan ini menandakan berfungsi dengan baiknya organ reproduksi manusia.

Dalam pembuahan ada beberapa kondisi yang ditentukan :

1. Bawaan lahir.
2. Penentuan jenis kelamin.
3. Jumlah anak.
4. Urutan dalam keluarga.(Aprilia, 2020:40).

Menurut Wiliam Sallebach, periode pranatal atau pra lahir merupakan masa kritis bagi perkembangan fisik, emosi, dan mental bayi. Ini adalah masa mulai terbentuknya kedekatan antara bayi dan orang tua dengan konsekuensi yang akan berdampak panjang, terutama yang berkaitan dengan kemampuan dan kecerdasan bayi dalam kandungan. Masa prenatal memiliki 6 ciri penting, diantaranya : 1. Terjadinya pembauran sifat-sifat yang ditunjukkan oleh kedua orang tua janin, 2. Pengaruh kondisi-kondisi dalam tubuh ibu, 3. Kepastian jenis kelamin, 4. Kepastian jenis kelamin, 5. Mengandung banyak bahaya fisik dan psikis, dan 6. Membentuk sikap-sikap yang baru diciptakan (Aprilia, 2020:41).

Perkembangan prenatal terjadi dalam tiga tahap, yaitu *geminal*, *embrionik* dan *fetal*. Selama tahapan prenatal ini, zigot yang awalnya hanya satu sel kemudian tumbuh menjadi embrio, otak, dan mata terbentuk paling awal dan berukuran besar serta tidak proporsional sampai bagian-

bagian tubuh lain terbentuk. Kedua prinsip proximodistal, perkembangan berlangsung dari bagian-bagian tubuh yang dekat dengan bagian tengah tubuh menuju keluar. Kepala dan dada embrio terbentuk sebelum terbentuknya tungkai dan lengan serta kaki terbentuk sebelum terbentuknya jari tangan dan kaki (Aprilia, 2020:41).

1. Tahapan Germinal

Tahapan geminal terjadi sejak pembuahan sampai 2 minggu zigot membelah diri dan menjadi lebih kompleks kemudian menempel pada dinding rahim menjadi tanda awal masa kehamilan. Dalam waktu 36 jam setelah pembuahan, zigot memasuki masa pembelahan dan duplikasi sel cepat (mitosis). 72 jam setelah pembuahan, zigot membelah diri menjadi 16 dan kemudian 32 sel, sehari kemudian menjadi 64 sel. Pembelahan ini terus berlangsung sampai satu sel pertama berkembang menjadi 800 juta atau lebih sel khusus yang membentuk tubuh manusia (Aprilia, 2020:41).

Sambil terus membelah diri, sel telur yang telah dibuahi kemudian melewati tuba falopi menuju rahim dengan perjalanan 3-4 hari. Bentuk yang semula kumpulan sel yang berbentuk bola berubah menjadi

bulatan yang berisi cairan dan disebut blastosista. Blastosista ini mengapung bebas dalam rahim selama 1-2 hari lalu melekat di dinding rahim. Hanya sekitar 10-20% dari telur yang dibuahi yang dapat menyelesaikan tugas rahim dan menjadi embrio. Sebelum melekatkan diri, seiring dengan diferensiasi sel terjadi, beberapa sel di bagian luar blastosista berkumpul di satu sisi untuk membentuk cakram embrionik, masa sel yang menebal yang menjadi tempat bagi embrio untuk mulai berkembang. Massa ini akan melakukan diferensiasi menjadi tiga lapisan. Ektoderm (lapisan paling atas) akan menjadi lapisan luar kulit, kuku rambut, gigi, panca indra, dan sistem saraf termasuk otak dan tulang belakang. Endoderma (lapisan bawah) akan menjadi sistem pencernaan, hati, pankreas, kelenjar ludah, dan pernapasan. Mesoderma (lapisan tengah) akan membangun dan mendiferensiasi menjadi lapisan kulit dalam, otot, tiulang, serta sistem pembuangan dan sirkulasi. Bagian lain dari blastosista mulai terbentuk menjadi organ yang menghidupi dan melindungi embrio, rongga amnion, dengan lapisan luarnya, amnion dan karion, plasenta dan tali pusat. (Aprilia, 2020:41-42).

2. Tahapan Embrionik

Tahapan kedua masa kehamilan ini dimulai dari 2-8 minggu. Organ dari sistem tubuh utama berkembang pesat. Ini adalah masa kritis, saat embrio paling rentan terhadap pengaruh destruktif dari lingkungan pranatal. Sistem atau struktur organ yang masih berkembang pada saat terpapar lebih mungkin untuk terkena efeknya. Cacat yang terjadi pada saat kehamilan tahapan selanjutnya tidak lebih serius (Aprilia, 2020:42).

Janin laki-laki lebih memiliki kemungkinan untuk mengalami keguguran secara spontan atau dilahirkan dalam keadaan meninggal daripada janin perempuan. Walaupun sekitar 125 laki-laki di konsepsi untuk 100 perempuan, fakta yang dihubungkan dengan mobilitas sperma dalam membawa kromosom Y yang lebih kecil, hanya 105 anak laki-laki yang dilahirkan untuk setiap 100 perempuan. Kerentanan laki-laki berlanjut setelah dilahirkan, lebih banyak dari mereka yang meninggal di awal kehidupan, dan di setiap tahapan kehidupan mereka lebih rentan terhadap berbagai macam penyakit. Hasilnya, hanya ada 96 laki-laki untuk setiap 100 perempuan di AS (Aprilia, 2020:42).

3. Tahapan Fetal

Tahapan ketiga masa kehamilan ini dimulai dari 8 minggu sampai dengan masa kelahiran. Selama masa ini, janin tumbuh dengan pesat sekitar 20 kali lebih besar daripada ukuran panjangnya dan organ sekaligus sistem tubuh menjadi lebih kompleks. Sentuhan akhir seperti kuku jari tangan dan kaki tumbuh serta kelopak mata terbuka (Aprilia, 2020:42).

Tingkat aktivitas dan pergerakan janin menunjukkan perbedaan individual yang ditandai dengan kecepatan jantung mereka yang berubah-ubah, Janin laki-laki, terlepas dari besar dan ukurannya, lebih aktif dan cenderung lebih semangat saat bergerak selama masa kehamilan. Dengan demikian, kecenderungan bayi laki-laki untuk lebih aktif dibandingkan bayi perempuan mungkin merupakan bagian dari pembawaan sejak lahir (Aprilia, 2020:42).

Berawal dari sekitar minggu ke-12 masa kehamilan, janin menelan dan menghirup cairan ketuban tempatnya hidup. Cairan ketuban mengandung zat-zat yang melewati plasenta dari aliran darah ibu dan memasuki aliran darah bayi. Mengonsumsi zat ini dapat merangsang indera pengecap dan penciuman yang

sedang berkembang dan berkontribusi terhadap perkembangan organ yang dibutuhkan untuk bernapas dan mencerna. Sel perasa yang matang muncul sekitar 14 minggu usia masa kehamilan (Aprilia, 2020:42).

Janin melakukan respons terhadap suara dan detak jantung serta getaran dari tubuh ibunya, menunjukkan bahwa mereka bisa mendengar dan merasa. Respons terhadap bunyi dan getaran nampaknya berawal pada minggu ke-26 dari masa kehamilan, meningkat dan mencapai puncaknya pada sekitar minggu ke-32. Janin sepertinya belajar dan mengingat (Aprilia, 2020:42)

Perubahan dan perkembangan janin mencakup tahapan-tahapan sebagai berikut :

1. Tahapan Pertama

Perubahan dan perkembangan janin pada tahap pertama ini terjadi pada minggu ke-0 hingga minggu ke-4. Tahap pertama ini disebut sebagai minggu-minggu awal. Tahap pertama ini, ditandai oleh hal-hal sebagai berikut.

- a. Janin memiliki panjang tubuh kurang lebih 2 mm.
- b. Munculnya cikal bakal otak.
- c. Munculnya sumsum tulang belakang yang masih sederhana.

d. Munculnya tanda-tanda wajah yang akan terbentuk(Dwi Maharani, 2017:35).

2. Tahap Kedua

Usia janin yang memasuki minggu keempat hingga minggu kedelapan disebut sebagai tahap kedua.

Tahap kedua ini ditandai oleh beberapa tanda berikut ini :

- a. Detak jantung janin mulai terasa.
- b. Proses terbentuknya semua organ tubuh.
- c. Mulai tersusunnya tulang-tulang belakang, wajah, mata, kaki, dan tangan(Dwi Maharani, 2017:35).

3. Tahap Ketiga

Tahap ketiga berlangsung pada minggu kedelapan hingga minggu ke-12. Indikasi masuknya minggu kedelapan hingga minggu ke-12 ini, yaitu sebagai berikut :

- a. Organ-organ tubuh utama janin telah terbentuk.
- b. Kepala janin berukuran lebih besar daripada badannya. Dengan demikian, kepala dapat menampung otak yang terus berkembang dengan pesat.
- c. Bentuk dagu, hidung, dan kelopak mata yang semakin jelas.

- d. Janin mulai diliputi cairan ketuban di dalam rahim.
- e. Aktivitas janin di dalam rahim mulai terasa, seperti aktivitas menendang dengan lembut (Dwi Maharani, 2017:35-36).

4. Tahap Keempat

Disebut tahap keempat apabila telah memasuki minggu ke-12, hingga minggu ke-16. Tahap keempat ditandai beberapa hal sebagai berikut :

- a. Paru-paru pada janin mulai berkembang.
- b. Detak jantung janin dapat terdengar melalui *ultrasonografi* atau USG.
- c. Wajahnya mulai dapat menunjukkan ekspresi tertentu.
- d. Mulai tumbuh alis dan bulu mata.
- e. Janin sudah mulai dapat memutar kepalanya dan membuka mulut.
- f. Rambutnya mulai tumbuh kasar dan berwarna (Dwi Maharani, 2017:36).

5. Tahap Kelima

Tahap kelima adalah kehamilan pada minggu ke-16 hingga minggu ke-20. Pada minggu tersebut, ditandai oleh beberapa hal sebagai berikut:

- a. Janin mulai bereaksi terhadap suara ibu.
- b. Tumbuhlah *lanugo* atau rambut halus yang tumbuh di tubuh janin.
- c. Akar-akar gigi tetap telah muncul di belakang gigi susu.
- d. Janin bisa menghisap jempol.
- e. Ujung-ujung indra pengecap mulai berkembang dan bisa membedakan rasa manis dan pahit dan sidik jari mulai tampak (Dwi Maharani, 2017:36).

6. Tahap Keenam

Tahap keenam merupakan usia kehamilan yang telah masuk pada minggu ke-20 hingga minggu ke-24.

Tahap ini mengindikasikan hal-hal sebagai berikut :

- a. Besar tubuh janin mulai sebanding dengan badannya.
- b. Alat kelamin janin mulai terbentuk.
- c. Cuping hidungnya mulai terbuka dan mulai melakukan gerakan pernapasan.
- d. Pusat-pusat tulang janin pun mulai mengeras.
- e. Janin mulai memiliki waktu-waktu tertentu untuk tidur (Dwi Maharani, 2017:36-37).

7. Tahap Ketujuh

Minggu ke-24 hingga minggu ke-28 merupakan tahap ketujuh pada proses perkembangan kehamilan. Pada tahap ketujuh ini, ditandai beberapa hal berikut ini :

- a. Di bawah kulit, lemak sudah mulai menumpuk.
- b. Rambut mulai tumbuh di kulit kepala.
- c. Kelopak mata membuka dan otak mulai aktif.
- d. Janin dapat mendengar, baik suara dan dalam maupun dari luar atau lingkungan.
- e. Detak jantung janin bertambah cepat apabila ibunya berbicara.
- f. Tahap ketujuh disebut juga sebagai masa persiapan janin menuju hari kelahirannya ke dunia (Dwi Maharani, 2017:37).

8. Tahap Kedelapan

Pada usia minggu ke-28 dan minggu ke-36, beberapa hal sudah dilakukan bayi. Hal-hal tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Mata bayi mulai dapat berkedip apabila menyaksikan cahaya yang terlihat melalui dinding perut ibunya.

- b. Gerak tubuh janin mulai terbatas sebab berat tubuhnya yang bertambah.
- c. Kepala janin mulai mengarah ke bawah.
- d. Paru-parunya belum sempurna (Dwi Maharani, 2017:37).

9. Tahap Kesembilan

Minggu ke-38 atau tahap kesembilan. Tahap kesembilan merupakan masa di mana persalinan sudah semakin dekat. Tahap kesembilan ditandai hal-hal berikut ini :

- a. Kepala janin sudah berada pada rongga panggul, seolah-olah mempersiapkan diri bagi kelahirannya ke dunia.
- b. Janin tengah berlatih bernapas, menghisap, dan menelan pada minggu ke-38 ini.
- c. Rambut-rambut halus di sekujur tubuhnya mulai menghilang.
- d. Ususnya terisi mekonium atau tinja pada bayi baru lahir yang biasanya akan dikeluarkan dua hari setelah lahir (Dwi Maharani, 2017:37-38).

2.1.12 Ketidaknyamanan Ibu Hamil

Pada awal kehamilan sampai usia 4 bulan (6 minggu), umumnya sering terjadi gangguan Morning Sickness.

Gangguan bersifat individual. Dalam arti tidak semua ibu hamil akan mengalami gangguan morning sickness ini. Namun diperkirakan 50%-90% ibu hamil akan mengalaminya. Berat ringannya gangguan ini tidak sama pada setiap ibu hamil dan kehamilannya. Dalam batas-batas tertentu keadaan ini masih normal, namun apabila muntah terjadi terus menerus sehingga mengganggu keseimbangan gizi dan cairan tubuh, kondisi ini didiagnosa sebagai Hyperemesis Gravidarum. (Syamsudin, 2018:23).

A. Ketidaknyamanan pada trimester 1 berupa:

1. Rasa tidak enak pada mulut, mual, muntah dan morning sicknes, ludah berlebihan.

Cara mengatasi :

- a) Pada waktu bangun tidur tidak langsung turun dari tempat tidur, minum teh hangat.

- b) Anjurkan menjaga kebersihan kebersihan mulut dan gigi (Pantikawati,Ika, 2010:104).

2. Gangivitis dan epulis

Cara mengatasi :

- a) Anjurkan untuk diet seimbang protein, sayur dan buah.

b) Anjurkan ibu menjaga kesehatan mulut dan gigi (Pantikawati,Ika, 2010:104).

3. Sering buang air kecil (BAK)

Cara mengatasi :

a) Anjurkan pada ibu untuk mengurangi/membatasi pemasukan cairan sebelum tidur.

b) Anjurkan ibu untuk senam kegel (Pantikawati,Ika, 2010:105).

B. Ketidaknyamanan pada trimester 2 berupa:

1. Sulit BAB.

Hal ini dipengaruhi oleh karena peningkatan dari hormon progesteron yang menyebabkan relaksasi otot sehingga usus kurang efisien, ditambah oleh penekanan rahim yang membesar di daerah perut, selain itu konsumsi suplemen zat besi/kalsium yang tidak diserap dengan baik oleh tubuh.

Cara mengatasi :

a) Anjurkan memperbanyak meminum cairan, khususnya air putih.

b) Anjurkan banyak mengkonsumsi makanan kaya serat.

- c) Anjurkan mengkonsumsi makanan seri bekatul, biskuit bekatul, sereal biji terigu/roti biji terigu.
- d) Anjurkan olahraga.
- e) Anjurkan berlatih BAB, pergi ke WC pada saat yang khusus, seperti setelah sarapan pagi (Pantikawati,Ika, 2010:105).

2. Kram Otot

Cara mengatasi :

- a) Anjurkan ibu untuk istirahat.
- b) Anjurkan sambil berdiri, berpegang pada kursi untuk membantu dan menempatkan berat badan anda pada kaki yang mengalami kram.
- c) Sela kram kaki harus di fleksi.
- d) Anjurkan pengurutan daerah betis, suami dapat membantu untuk hal ini atau mengurut otot yang kram.
- e) Anjurkan mengkonsumsi suplemen kalsium/magnesium(Pantikawati,Ika, 2010:106).

3. Kelelahan

Cara mengatasi :

- a) Anjurkan ibu untuk sering istirahat.
- b) Anjurkan tidur berbaring kanan/kiri.
- c) Anjurkan latihan relaksasi dan pernafasan.
- d) Anjurkan olahraga ringan (Pantikawati,Ika, 2010:106).

C. Ketidaknyamanan pada trimester 3 berupa :

1. Sesak nafas

Cara mengatasi :

- a) Sikap tubuh yang benar.
- b) Anjurkan tidur dengan bantal ekstra.
- c) Anjurkan makan jangan terlalu kenyang, porsi kecil tapi sering.
- d) Anjurkan jangan merokok(Pantikawati,Ika, 2010:106).

2. Insomnia

Cara mengatasi :

- a) Anjurkan istirahat dengan mengusap-usap punggung.
- b) Anjurkan minum susu hangat, mandi air hangat sebelum tidur.

- c) Anjurkan menopang bagian tubuh dengan bantal (Pantikawati,Ika, 2010:107).

3. Sering kencing

Cara mengatasi :

- a) Anjurkan untuk membatasi minum sebelum tidur.
- b) Anjurkan senam kegel (Pantikawati,Ika, 2010:107).

4. Oedema kaki

Cara mengatasi :

- a) Anjurkan untuk minum yang cukup.
- b) Anjurkan untuk memakai stocking.
- c) Anjurkan saat istirahat paha dan kaki ditinggikan.
- d) Anjurkan jika dengan cara diatas tidak hilang segera pergi ke dokter (Pantikawati,Ika, 2010:107).

5. Varises

Cara mengatasi :

- a) Anjurkan istirahat paha dan kaki diangkat 1 jam kurang lebih 2 kali sehari.
- b) Anjurkan untuk tidak berdiri terlalu lama.

- c) Anjurkan untuk menggunakan stocking
(Pantikawati,Ika, 2010:107).

6. Haemoroid

Cara mengatasi :

- a) Anjurkan untuk pencegahan feces tidak keras, dengan mengkonsumsi sayur yang berserat dan buah.
- b) Duduk jangan terlalu lama.
- c) Anjurkan posisi tidur miring.
- d) Anjurkan untuk kompres dingin/hangat.
- e) Anjurkan menggunakan obat suppositoria atas indikasi dokter (Pantikawati,Ika, 2010:107).

2.1.13 Kebutuhan Dasar ibu hamil

Kebutuhan dasar ibu hamil terdiri dari :

1. Oksigen

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

Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- a) Latihan napas melalui senam hamil.
- b) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
- c) Kurangi atau hentikan merokok.
- d) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan (Rosyadia Badrus, Arkha, 2019:20).

2. Nutrisi

Pada saat hamil harus makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi dan cukup cairan (menu seimbang). Diantaranya:

a) Kalori

Kebutuhan kalori untuk ibu hamil adalah 2300 kalori dipergunakan untuk produksi energi.

b) Protein

Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari, tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga

30 gram/ hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju, dan ikan karena mengandung komposisi asam amino yang lengkap.

c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran, dan susu. Hanya besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg perhari dan pada kehamilan kembar atau wanita yang sedikit anemic dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium bisa terpenuhi dengan minum susu, tapi bila ibu hamil tidak bisa minum susu bisa diberikan suplemen kalsium dengan dosis 1 gram perhari.

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat dapat mencegah kecacatan pada bayi (Rosyadia Badrus, Arkha, 2019:20).

3. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah payudara, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan di keringkan. Kebersihan gigi berlubang terutama pada ibu yang kekurangan kalsium(Rosyadia Badrus, Arkha, 2019:21).

4. Pakaian

Pakaian hendaknya yang longgar dan mudah dipakai serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus dipertahankan dan dihindari yaitu sabuk dan stoking yang terlalu ketat karena akan mengganggu aliran balik dan sepatu dengan hak tinggi karena akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang. Payudara perlu ditopang dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak enak karena pembesaran payudara(Rosyadia Badrus, Arkha, 2019:21).

5. Eliminasi

Ibu hamil dianjurkan untuk tidak menahan berkemih dan selalu berkemih sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual dan minum banyak air untuk meningkatkan produksi kandung kemih. Akibat pengaruh progesteron, otot-otot tractus digestivus tonusnya menurun, akibatnya motilitas saluran pencernaan berkurang dan menyebabkan obstipasi. Untuk mengatasi hal tersebut ibu hamil dianjurkan minum lebih 8 gelas dan sebaiknya diet yang mengandung serat, latihan/senam hamil dan tidak dianjurkan untuk minum obat lisan (Rosyadia Badrus, Arkha, 2019:22).

6. Seksual

Selama kehamilan koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, ada riwayat abortus berulang, partus prematurus, ketuban pecah dan serviks telah membuka (Rosyadia Badrus, Arkha, 2019:22).

7. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktivitas fisik seperti biasa selama tidak terlalu melelahkan(Rosyadia Badrus, Arkha, 2019:22).

8. Exercise / senam hamil

Ibu hamil perlu menjaga kesehatan tubuhnya dengan cara berjalan-jalan di pagi hari, renang, olah raga ringan dan senam hamil. Senam hamil pada umur kehamilan setelah 22 minggu yang bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal(Rosyadia Badrus, Arkha, 2019:22).

2.1.14 Diagnosa Banding Kehamilan

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

1. *Pseudosiesis* (hamil palsu atau kehamilan spuria)

Terdapat amenorea, perut membesar, tetapi tanda-tanda kehamilan lain dan reaksi kehamilan negatif. Uterus berukuran biasa. Wanita mengaku dirinya hamil, tetapi sebenarnya tidak hamil. Hal ini biasanya terjadi pada wanita yang ingin sekali hamil. Dijumpai tanpa dugaan

hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan (Hani, Ummi, 2011).

2. Kistoma Ovari

a) Mungkin ada amenorea atau datang bulan terus berlangsung

b) Perut penderita makin besar, tetapi tidak disertai tanda hamil dan uterusnya sebesar biasa.

c) Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan

d) Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negatif (Hani, Ummi, 2011).

3. Mioma Uteri

Dapat terjadi amenorea, perut penderita makin membesar, uterusnya makin besar, terkadang tidak merata. Akan tetapi, tanda-tanda kehamilan seperti tanda Braxton Hicks dan reaksi kehamilan negatif (Hani, Ummi, 2011).

4. Vesika Uteri dengan Retensio Urine

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

5. Hematometra

- a) Terlambatnya datang bulan yang dapat melampaui umur hamil
- b) Perut terasa sakit setiap bulan
- c) Terjadinya tumpukan darah dalam rahim
- d) Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif
- e) Sebab hymen in perforate (Hani, Ummi, 2011).

Suatu kehamilan kadang kala harus dibedakan dengan keadaan atau penyakit yang dalam pemeriksaan meragukan, seperti :

1. Hamil palsu (*pseudocyesis*)

Gejalanya dapat sama dengan kehamilan, seperti amenorea, perut membesar, mual muntah, air susu keluar dan bahkan ibu merasakan gerakan janin. Namun pada pemeriksaan, uterus tidak membesar, tanda-tanda kehamilan lain dan reaksi kehamilan negatif.

2. *Mioma* uteri

Perut dan rahim membesar. Namun pada perabaan, rahim tidak padat, terkadang berbenjol-benjol. Tanda kehamilan negatif dan tidak dijumpai tanda-tanda kehamilan lainnya.

3. *Kista* ovarii

Perut membesar bahkan makin bertambah besar. Namun pada pemeriksaan dalam, rahim teraba sebesar ukuran tidak hamil. Reaksi kehamilan negatif, tanda-tanda kehamilan lain negatif.

4. Hematoma

Uterus membesar karena terisi darah yang disebabkan *hymen imperforata* stenosis vagina atau serviks (Dartiwen. Yati Nurhayati, 2019:79-80).

2.1.15 Alat Untuk Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Kehamilan

Alat yang digunakan dalam kegiatan skrining ini adalah :

A. KSPR (Kartu Skor Poedji Rochyati)

Kartu skor digunakan sebagai alat rekam kesehatan dari ibu hamil berbasis keluarga. Format KSPR disusun sebagai kombinasi antara ceklis dan sistem skor. Ceklis dari faktor resiko ada 20 :

1. Kelompok I terdiri dari 10 faktor risiko.
2. Kelompok II terdiri dari 8 faktor risiko.
3. Kelompok III terdiri dari 2 faktor risiko.

Sistem skor : tiap faktor risiko ada gambar masing-masing dengan tertulis 4 dan 8 (bekas operasi sesaria, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan

preeklampsia berat/eklampsia). Kartu skor mempunyai fungsi :

- a) Skrining *antenatal* / deteksi dini faktor risiko pada ibu hamil resiko tinggi.
- b) Pemantauan dan pengendalian ibu hamil selama kehamilan.
- c) Pencatat kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, nifas mengenai ibu/bayi (Syaiful, 2019:114).

2.1.16 Menentukan Usia Kehamilan

Menentukan umur kehamilan sangat penting untuk memperkirakan persalinan. Umur Kehamilan dapat ditentukan dengan :

A. Menggunakan rumus naegle

Rumus naegle memperhitungkan umur kehamilan berlangsung selama 288 hari. Perhitungan kasatnya dapat dipakai dengan menentukan hari pertama haid dan ditambah 288 hari, sehingga perkiraan kelahiran dapat ditetapkan. Rumus naegle dapat dihitung hari haid pertama ditambah tujuh dan bulannya ditambah sembilan(Puspita Yani,Dian, 2018:49).

B. Gerakan pertama fetus


Dengan memperkirakan terjadinya gerakan pertama fetus pada umur hamil 16 minggu. Maka perkiraan umur

kehamilan dapat ditetapkan. Perkiraan ini tidak tepat(Puspita Yani,Dian, 2018:49).

C. Perkiraan tingginya fundus uteri

Mempergunakan tinggi fundus uteri untuk memperkirakan umur kehamilan terutama tepat pada kehamilan pertama. Pada kehamilan kedua dan seterusnya perkiraan ini kurang tepat(Puspita Yani,Dian, 2018:49).

Tabel 2.3
Hubungan TFU dengan Umur Kehamilan



Tinggi fundus uteri	Umur kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4 cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : (Puspita Yani,Dian, 2018).

2.1.17 Pengukuran LILA

LILA merupakan pengukuran status gizi yang lebih mudah dan praktis karena hanya menggunakan satu alat ukur yaitu pita pengukur LILA. Namun, LILA hanya dapat digunakan untuk keperluan skrining, tidak untuk pemantauan. Khusus pada wanita hamil, LILA digunakan untuk mengetahui risiko KEK karena pada umumnya wanita Indonesia tidak mengetahui berat badan pralahir, sehingga IMT prahamil tidak dapat diukur. Pengukuran IMT membutuhkan 2 alat yaitu timbangan dan pengukur tinggi badan yang membutuhkan persyaratan tertentu yang harus dipenuhi seperti kalibrasi alat timbang serta lantai yang keras dan datar untuk pengukuran tinggi badan. Namun, IMT tidak dapat digunakan sebagai indikator KEK ibu hamil karena perubahan berat badan yang terjadi selama kehamilan. Oleh sebab itu, LILA bermanfaat untuk pengukuran risiko KEK pada ibu hamil karena LILA relatif stabil

Cara pengukuran LILA yaitu :

- A. Tetapkan posisi bahu (*acromion*) dan siku (*olecranon*).
- B. Letakkan pita pengukur antara bahu dan siku.
- C. Tentukan titik tengah lengan.
- D. Lingkaran pita LILA tepat pada titik tengah lengan.
- E. Pita jangan terlalu ketat, jangan pula terlalu longgar.

F. Pembacaan skala yang tertera pada pita dalam cm (centi meter) (Wahyuni, 2019:237).

2.1.18 Cara Mendengarkan Denyut Jantung Janin

Denyut jantung janin normal adalah frekuensi denyut rata-rata wanita tidak sedang bersalin, atau diukur diantara dua kontraksi. Rentang normal adalah 120-160 x/menit. Bunyi denyut jantung janin seperti detik jam dibawah bantal.

Cara mendengarkan denyut jantung janin menggunakan stetoskop pinard (funandoskop) :

- A. Tempat mendengarkan harus tenang, agar tidak mendapat gangguan dari suara lain.
- B. Ibu hamil diminta berbaring terlentang, kakinya lurus, bagian yang tidak perlu diperiksa ditutup, pintu atau jendela ditutup.
- C. Alat disediakan. Pemeriksaan ini sebagai lanjutan dari pemeriksaan palpasi.
- D. Mencari daerah atau tempat dimana kita akan mendengarkan atau di punctum maksimum (daerah yang jelas untuk mendengarkan denyut jantung janin). Setelah ditemukan funandoskop di pakai bagian yang berlubang luas ditempatkan di punctum maksimum. Sedangkan bagian yang lubangnya sempit ditempatkan pada telinga kita, letakkan tegak lurus.

E. Kepala pemeriksa dimiringkan, perhatikan dipusatkan pada denyut jantung janin. Bila terdengar suara detik, maka untuk memastikan apakah yang terdengar itu denyut jantung janin, detik ini harus sesuai dengan detak nadi ibu. Bila detakkan itu sama dengan nadi ibu, yang terdengar bukan denyut jantung janin, tetapi detak aorta abdominalis dari ibu.

F. Setelah nyata terdengar yang terdengar itu betul-betul denyut jantung janin maka dihitung untuk mengetahui teraturannya dan frekuensinya denyut jantung janin.

G. Dihitung dalam 5 detik dan dilakukan sampai 3 kali. Hasilnya dijumlah dan dikalikan 4 (Megasari, 2015:164-165).

2.1.19 Pengukuran Tekanan darah

Teknik pengukuran darah meliputi :

A. Cara palpasi :

1. Hanya untuk mengukur tekanan sistolik.
2. Manset spigmomanometer yang digunakan harus sesuai dengan usia (manset anak-anak lebih kecil dibandingkan manset dewasa).
3. Kenakan manset pada lengan lalu pompa dengan udara secara perlahan sampai denyut nadi pergeralangan tak teraba lagi. Kemudian tekanan di

dalam manset diturunkan dengan membuka lubang pemompa secara perlahan.

4. Amati tekanan pada skala spigmomanometer.
5. Saat denyut nadi teraba kembali, baca tekanan pada skala spigmomanometer, tekanan ini adalah tekanan sistolik.

B. Cara auskultasi

1. Untuk mengukur tekanan sistolik dan diastolik.
2. Manset spigmomanometer dikaitkan pada lengan atas, stetoskop ditempatkan pada arteri brakialis pada permukaan ventral siku agak bawah manset spigmomanometer.
3. Sambil mendengarkan denyut nadi, tekanan dalam spigmomanometer dinaikkan dengan memompa udara ke dalam manset sampai nadi tidak terdengar lagi, kemudian tekanan di dalam spigmomanometer diturunkan secara perlahan.
4. Pada saat denyut nadi mulai terdengar kembali, baca tekanan yang tercantum pada skala spigmomanometer, tekanan ini adalah tekanan sistolik.

5. Suara denyutan nadi selanjutnya menjadi agak keras dan tetap terdengar sekeras itu sampai suatu saat denyutannya melemah atau menghilang sama sekali. Pada saat suara denyutan yang keras itu berubah menjadi lemah, baca lagi tekanan pada skala spigmomanometer, tekanan itu adalah tekanan diastolik.
6. Tekanan darah diukur saat klien berbaring (Muttaqin, 2011:43-44).

2.1.20 Pelayanan ANC

Menurut PERMENKES RI No 43 tahun 2016 pelayanan antenatal sesuai standar adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil minimal 4 kali selama kehamilan dengan jadwal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga yang dilakukan oleh Bidan, Dokter atau Dokter Spesialis Kebidanan baik yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang memiliki Surat Tanda Register (STR) (Farid Moeloek, 2016:13).

Yang disebut dengan standar pelayanan antenatal adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu :

- A. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
- B. Ukur tekanan darah.
- C. Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA).
- D. Ukur tingi puncak rahim (fundus uteri).
- E. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ).
- F. Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
- G. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- H. Tes laboratorium, tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi), yang pemberian pelayanannya disesuaikan dengan trimester kehamilan.
- I. Tatalaksana/penanganan kasus sesuai kewenangan.
- J. Temu wicara (konseling) (Farid Moeloek, 2016:13).

2.1.21 Pelayanan ANC di Masa COVID-19

1. Upaya pencegahan umum yang dapat dilakukan oleh ibu hamil, bersalin, dan nifas :

- a) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sedikitnya selama 20 detik. Gunakan *hand sanitizer* berbasis alkohol yang setidaknya mengandung alkohol 70%, jika air dan sabun tidak tersedia. Cuci tangan terutama setelah Buang Air Besar (BAB) dan Buang Air Kecil (BAK), dan sebelum makan.
- b) Khusus untuk ibu nifas, selalu cuci tangan setiap kali sebelum dan sesudah memegang bayi dan sebelum menyusui.
- c) Hindari menyentuh mata, hidung dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
- d) Sebisa mungkin hindari kontak dengan orang yang sedang sakit.
- e) Gunakan masker medis saat sakit. Tetap tinggal di rumah saat sakit atau segera ke fasilitas kesehatan yang sesuai, jangan banyak beraktivitas di luar.
- f) Tutupi mulut dan hidung saat batuk atau bersin dengan *tissue*. Buang *tissue* pada tempat yang telah ditentukan. Bila tidak ada *tissue*, lakukan batuk sesuai etika batuk.

g) Bersihkan dan lakukan disinfeksi secara rutin permukaan dan benda yang sering disentuh.

h) Menggunakan masker medis adalah salah satu cara pencegahan penularan penyakit saluran napas, termasuk infeksi COVID-19. Akan tetapi penggunaan masker saja masih kurang cukup untuk melindungi seseorang dari infeksi ini, karenanya harus disertai dengan usaha pencegahan lain. Penggunaan masker harus dikombinasikan dengan *hand hygiene* dan usaha-usaha pencegahan lainnya.

i) Penggunaan masker yang salah dapat mengurangi keefektifitasannya dan dapat membuat orang awam mengabaikan pentingnya usaha pencegahan lain yang sama pentingnya seperti *hand hygiene* dan perilaku hidup sehat.

j) Cara penggunaan masker medis yang efektif :

1) Pakai masker secara seksama untuk menutupi mulut dan hidung, kemudian eratkan dengan baik untuk meminimalisasi celah antara masker dan wajah.

2) Saat digunakan, hindari menyentuh masker.

3) Lepas masker dengan teknik yang benar (misalnya : jangan menyentuh bagian depan

masker, tapi lepas dari belakang dan bagian dalam).

4) Setelah dilepas jika tidak sengaja menyentuh masker yang telah digunakan, segera cuci tangan.

5) Gunakan masker baru yang bersih dan kering, segera ganti masker jika masker yang digunakan terasa mulai lembab.

6) Jangan pakai ulang masker yang telah dipakai.

7) Buang segera masker sekali pakai dan lakukan pengolahan sampah medis sesuai SOP.

8) Masker pakaian seperti katun tidak direkomendasikan.

k) Menunda pemeriksaan kehamilan ke tenaga kesehatan apabila tidak ada tanda-tanda bahaya pada kehamilan

l) Menghindari kontak dengan hewan seperti : kelelawar, tikus, musang atau hewan lain pembawa COVID-19 serta tidak pergi ke pasar hewan.

m) Bila terdapat gejala COVID-19, diharapkan untuk menghubungi telepon layanan darurat yang tersedia untuk dilakukan penjemputan di tempat sesuai SOP, atau langsung ke RS rujukan untuk mengatasi penyakit ini.

- n) Hindari pergi ke negara/daerah terjangkit COVID-19, bila sangat mendesak untuk pergi diharapkan konsultasikan dahulu dengan spesialis obstetri atau praktisi kesehatan terkait.
- o) Rajin mencari informasi yang tepat dan benar mengenai COVID-19 di media sosial terpercaya.

2. Bagi Ibu Hamil :

- a) Untuk pemeriksaan hamil pertama kali, buat janji dengan dokter agar tidak menunggu lama. Selama perjalanan ke fasyankes tetap melakukan pencegahan penularan COVID-19 secara umum.
- b) Pengisian stiker Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.
- c) Pelajari buku KIA dan terapkan dalam kehidupan sehari-hari.
- d) Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko / tanda bahaya, maka periksakan diri ke tenaga kesehatan. Jika tidak terdapat tanda-tanda bahaya, pemeriksaan kehamilan dapat ditunda.
- e) Pastikan gerak janin diawali usia kehamilan 20 minggu dan setelah usia kehamilan 28 minggu

hitung gerakan janin (minimal 10 gerakan per 2 jam).

f) 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 / *aerobic* / peregangan secara mandiri dirumah agar ibu tetap bugar dan sehat.

g) Ibu hamil tetap minum tablet tambah darah sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

h) Kelas ibu hamil ditunda pelaksanaannya sampai kondisi bebas dari pandemik COVID-19.

3. Bagi Ibu Bersalin

a) Rujukan terencana untuk ibu hamil berisiko.

b) Ibu tetap bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan. Segera ke fasilitas kesehatan jika sudah ada tanda-tanda persalinan.

c) Ibu dengan kasus COVID-19 akan ditatalaksana sesuai tatalaksana persalinan yang dikeluarkan oleh PP POGI.

d) Pelayanan KB pasca persalinan tetap berjalan sesuai prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya.

4. Bagi Ibu Nifas dan Bayi Baru Lahir

a) Ibu nifas dan keluarga harus memahami tanda bahaya di masa nifas. Jika terdapat risiko / tanda bahaya, maka periksakan diri ke tenaga kesehatan.

b) Kunjungan nifas (KF) dilakukan sesuai jadwal kunjungan nifas yaitu :

1) KF 1 pada periode 6 jam sampai dengan 2 hari pasca persalinan.

2) KF 2 pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari pasca persalinan.

3) KF 3 pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari pasca persalinan.

4) KF 4 pada periode 29 hari sampai dengan 42 hari pasca persalinan.

c) Pelaksanaan kunjungan nifas dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online, dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas, ibu dan keluarga.

d) Pelayanan KB tetap dilaksanakan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas.

e) Bayi baru lahir tetap mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0-6 jam) seperti pemotongan tali pusat, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik dan pemberian imunisasi hepatitis B.

f) Setelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan.

g) Pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau kunjungan neonatal (KN) tetap dilakukan sesuai jadwal dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dengan melakukan upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas ataupun ibu dan keluarga. Waktu kunjungan neonatal yaitu :

1) KN 1 pada periode 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir.

2) KN 2 pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari setelah lahir.

3) KN 3 pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari setelah lahir.

h) Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan tanda-tanda bahaya

pada bayi baru lahir. Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan khusus untuk bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke Rumah Sakit(erna Mulati, 2020a).

5. Tantangan Pelayanan Kebidanan Pada Masa Pandemi COVID-19

- a) Pengetahuan ibu dan keluarga terkait COVID-19 dan pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir di era pandemi.
- b) Belum semua bidan tersosialisasi pedoman pelayanan KIA,KB dan Kespro di era pandemi ini.
- c) Di era pandemi COVID-19 fasilitas kesehatan baik primer / tempat PMB maupun rujukan harus betul-betul siap dalam pemenuhan APD, sarana prasarana dan SDM.
- d) Keselamatan bidan dan pasien harus dilindungi- diperlukan penyesuaian pelayanan agar terhindar dari penularan.
- e) Akses pelayanan kebidanan di era pandemi COVID-19 mengalami perubahan- faskes primer / PMB membatasi pelayanan.

- f) Tingginya kasus penderita COVID-19 yang dirawat di RS rujukan berpengaruh terhadap penanganan pelayanan rujukan maternal dan neonatal.
6. Kendala yang dihadapi bidan pada masa pandemi COVID
- a) Kesulitan dalam pemenuhan APD dan Bahan Pencegahan infeksi – sulit mendapatkannya dan mahal.
 - b) Kesadaran pasien untuk perlindungan diri dengan menggunakan masker dan mencuci tangan masih kurang.
 - c) Rasa khawatir bidan ketika terdapat pasien terdampak covid dan tidak jujur.
 - d) Alat screening Rapid Test terbatas – PMB yang rapid test terbatas – tergantung kebijakan daerah.
 - e) Ibu takut untuk datang ke klinik PMB, PKM maupun RS.
 - f) Sebagian bidan mengalami penurunan jumlah pasien (ANC, KB, dan imunisasi).
 - g) Pasien datang masih ada yang tidak memakai masker sehingga bidan harus menyediakan masker untuk pasien dan pendamping – menambah operasional cost.

7. Pelayanan ANC selama masa kehamilan yaitu :

ANC dilaksanakan selama masa kehamilan. Dua kali pada trimester 1, Pemeriksaan dokter 1 kali pada trimester 1 (untuk skrining kesehatan ibu seutuhnya, satu kali pada trimester 2, dan tiga kali pada trimester 3. dan pemeriksaan dokter 1 kali pada trimester 3 (untuk deteksi komplikasi kehamilan/ mempersiapkan rujukan persalinan jika perlu) (Nurjasmi, 2020).

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37–42 minggu) dengan ditandai adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir dengan presentase belakang kepala tanpa alat atau bantuan (lahir spontan) serta tidak ada komplikasi pada ibu dan janin. (Indah, Firdayanti, 2019).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Dwi Prihatin, Sabrina, 2018:13).

2.2.2 Teori-teori penyebab Persalinan

1. Teori Keregangan

- a) Otot rahim meregang dengan adanya kehamilan.
- b) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.
- c) Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai.

2. Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

- a) Proses penurunan plasenta terjadi mulai umur hamil 28 minggu, di mana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
- b) Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim mengalami sensitif terhadap oksitosin
- c) Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3. Teori Oksitosin

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
- b) Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitifitas otot

rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.

- c) Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat mulai. Oksitosin mempengaruhi permeabilitas Na dalam myometrium.

4. Teori Plasenta Menjadi Tua

Akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini menyebabkan kontraksi uterus.

5. Teori Distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplaster.

6. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostaglandin dianggap menjadi pemicu terjadinya persalinan.

7. Teori Hipotalamus-Hipofisis dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan *anan sefalus* sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh Linggin 1973. Pemberian *kortikosteroid* dapat menyebabkan maturitas janin, mulainya persalinan. Dari percobaan tersebut disimpulkan bahwa ada hubungan antara *Hipotalamus-Hipofisis* dengan mulainya persalinan. *Grandula Suprarenal* merupakan pemicu terjadinya persalinan (Dwi Prihatin, Sabrina, 2018:14-15).

2.2.3 Perubahan Psikologi dalam Persalinan

1. Perubahan Psikologi ibu bersalin
 - a) Perasaan tidak enak.
 - b) Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi.
 - c) Kekhawatiran akan perlangsungan persalinan.
 - d) Menganggap persalinan sebagai cobaan.
 - e) Kekhawatiran tentang penolong persalinan.
 - f) Apakah bayi normal atau tidak.
 - g) Apakah ibu sanggup merawat bayinya
- (Trirestuti,Chrisna, 2018:25).

2. Perubahan psikologis kala I

a) Perubahan sikap dan perilaku kebanyakan wanita yang akan bersalin biasanya dipengaruhi oleh support yang di peroleh.

b) Dari *Essentials of Maternity Nursing*, disebutkan beberapa respon psikologis yang dapat diobservasi pada kala I persalinan :

1) Interaksi verbal.

2) Sikat tubuh dan cara istirahat.

3) Kemampuan-Pemahaman terutama dalam menerima pengalaman persalinan.

4) Tingkat kekuatan tubuh :lelah, kurang istirahat.

5) Reaksi ibu terhadap kontraksi rahim.

6) Latar belakang budaya (Trirestuti,Chrisna, 2018:26).

3. Perubahan Psikologi Kala II

a) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman, saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin seing, berkeringat dan mulas ini juga menyebabkan tidak nyaman.

b) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat, nadi, suhu dan pernafasan meningkat ibuberkeringat lebih banyak, akibatnya ivu merasa

lelah sekali kehausan ketika bayi sudah dilahirkan karena tenaga habis untuk dipakai meneran.

- c) Tidak sabaran.
- d) Setiap ibu akan tiba pada masa persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran (Trirestuti,Chrisna, 2018:26-27).

4. Perubahan Psikologis kala III

- a) Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi.
 - b) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya.
 - c) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa lelah.
 - d) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit.
 - e) Menaruh perhatian terhadap plasenta
- (Trirestuti,Chrisna, 2018:27).

5. Perubahan Psikologis Kala IV

- a) Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV.
- b) Tingkat kesadaran.
- c) Pemeriksaan TTV.

d) Kontraksi uterus.

e) Terjadinya perdarahan (Trirestuti,Chrisna, 2018:28)

2.2.4 Tanda-tanda Persalinan

1. Adanya kontraksi rahim

Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat. Perut akan mengalami kontraksi dan relaksasi, diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi (Siwi Walyani,Elizabeth, 2016:7).

2. Keluarnya lendir bercampur darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir servik pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai *bloody slim* (Siwi Walyani,Elizabeth, 2016:8)

3. Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Siwi Walyani,Elizabeth, 2016:9).

4. Pembukaan servik

Penipisan mendahului dilatasi servik, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat (Siwi Walyani,Elizabeth, 2016:10).

2.2.5 Tahapan Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

1. Kala 1 (fase pembukaan)

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

Kala 1 dibagi menjadi 2 fase :

a) Fase laten :

- 1) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
- 2) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- 3) Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- 4) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik.

b) Fase aktif :

- 1) Berlangsung selama 6 jam, dibagi atas 3 sub fase:
 - (a) Periode Akselerasi : berlangsung 2 jam / E menjadi 4 cm.
 - (b) Periode dilatasi maksimal (*steady*) : selama 2 jam / E berlangsung cepat menjadi 9 cm.
 - (c) Periode deselerasi : berlangsung lambat dalam 2 jam/E 10 cm.
- 2) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3x atau lebih dalam

waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

- 3) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (primigravida) atau lebih dari 1-2 cm (multipara).
- 4) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (Dwi Prihatin, Sabrina, 2018:16).

2. Kala II (fase pengeluaran janin)

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Gejala utama kala II :

- a) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali.
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan.
- c) Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau BAB, dengan tanda anus terbuka.
- d) Pada waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang.

e) Dengan his mendedan yang terpimpin, akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin.

3. Kala III (fasr pengeluaran uri)

Kala III dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara 5-10 menit. Resiko perdarahan meningkat apabila kala tiga lebih lama dari 30 menit, terutama antara 30 dan 60 menit (Dwi Prihatin, Sabrina, 2018:17).

4. Kala IV (kala pengawasan)

Adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan post partum. Sebelum pergi meninggalkan ibu, periksa ulang dan perhatikan 7 pokok penting :

- a) Kontraksi uterus harus baik.
- b) Tidak ada perdarahan dari vagina atau perdarahan-perdarahan dalam alat genetalia lainnya.
- c) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap.
- d) Kandung kencing harus kosong.

e) Luka-luka pada perinium terawat dengan baik dan tidak ada hematoma.

f) Bayi dalam keadaan baik.

g) Ibu dalam keadaan baik, nadi dan tekanan darah normal, tidak ada pengaduan sakit kepala atau mual. Adanya frekuensi nadi yang menurun dengan volume yang baik adalah suatu gejala yang baik (Dwi Prihatin, Sabrina, 2018:17).

2.2.6 Klasifikasi atau Jenis Persalinan

Ada 2 klasifikasi persalinan, yaitu berdasarkan cara dan usia kehamilan :

A. Jenis persalinan berdasarkan cara persalinan.

1. Persalinan normal (spontan)

Adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala (LBK) dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.

2. Persalinan bantuan

Adalah proses persalinan dengan bantuan dari tenaga luar.

3. Persalinan anjuran

Adalah bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

a) Menurut usia kehamilan dan berat janin yang dilahirkan.

1) Abortus (keguguran)

Adalah berakhirnya suatu kehamilan pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan.

2) Persalinan Prematur

Adalah persalinan dengan usia kehamilan 28-36 minggu dengan berat janin kurang dari 2499 gram.

3) Persalinan *Mature (aterm)*

Adalah persalinan dengan usia kehamilan 37-42 minggu dan berat janin di atas 2500 gram

4) Persalinan serotinus

Adalah persalinan dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu atau 2 minggu lebih dari waktu partus yang ditaksir (Asrinah, Shinta Siswoyo Putri, 2010:13).

2.2.7 Tanda – tanda persalinan

A. Tanda bahwa persalinan sudah dekat

1. *Lightening*

Menjelang minggu ke -36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi *Braxton Hiks*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah.

Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan :

- a) Ringan di bagian atas dan rasa sesaknya berkurang.
- b) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.
- c) Terjadinya kesulitan saat berjalan.
- d) Sering kencing (Ul Mutmainnah, Annisa, Herni Johan, 2017:16).

2. Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His

permulaan ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu, antara lain:

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
- b) Datangnya tidak teratur.
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- d) Durasinya pendek
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas (Ut Mutmainnah, Annisa, Herni Johan, 2017:16-17).

3. Mengalami Persalinan Serviks

Tanda dan gejala yang dialami oleh ibu hamil mendekati persalinan di antaranya adalah kondisi serviks yang semakin matang. Konsistensi servik menjadi seperti pudding dan terjadi sedikit penipisan. Tanda dan gejala yang demikian harus diketahui ibu hamil mendekati persalinan (Dwi Maharani, 2017:54).

4. Mengalami ketuban pecah dini

Umumnya, ibu hamil, ketuban akan pecah pada akhir kala satu persalinan. Namun, ketuban pecah dini dapat dialami oleh 80% wanita hamil dan telah terjadi persalinan spontan dalam 24 jam.

5. *Bloody Show*

Bloody Show atau plak lendir. Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks yang terjadi pada awal kehamilan. Plak lendir tersebut menjadi awal pelindung dan penutup jalan lahir selama kehamilan.

6. Meningkatnya Energi

Umumnya, ibu hamil mengalami peningkatan energi 24 hingga 48 jam sebelum terjadinya persalinan. Hal tersebut, tampak pada semangat yang ditunjukkan ibu hamil. Setelah beberapa minggu dan hari merasa letih secara fisik dan kelelahan akibat kehamilan, mendekati persalinan justru bersemangat menggebu (Dwi Maharani, 2017:55).

7. Gangguan Saluran Pencernaan

Menjelang persalinan terjadi beberapa tanda dan gejala yang berkaitan dengan gangguan pencernaan, di antaranya diare, kesulitan mencerna, dan mual muntah (Dwi Maharani, 2017:55).

2.2.8 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

A. Faktor kekuatan

Power dapat diartikan sebagai kekuatan yang mendorong keluarnya janin dari rahim melalui jalan lahir, kekuatan tersebut terdiri dari his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi ligamamnet (Dwi Maharani, 2017:55).

B. Faktor kondisi janin

Passanger atau janin merupakan faktor penting yang berpengaruh dalam proses persalinan.

1. Faktor jalan lahir

Passage atau jalan lahir terdiri atas dua bagian yaitu:

a) Bagian keras

Bagian keras merupakan bagian yang terdiri atas tulang panggul atau *Os coxae*, *Os sacrum*, *Os Coccygis* dan Artikulasi atau *imphisis pubis*, *artikulasi sakro-iliaka*, dan *artikulasi sakro—kosigiu*.

b) Sumbu panggul adalah garis yang menghubungkan titik-titik tengah ruang panggul yang melengkung ke depan.

2. Kondisi psikis ibu

Tidak bisa dipungkiri bahwa setiap proses persalinan terjadi akan melibatkan kondisi psikis ibu (Dwi Maharani, 2017:57).

3. Pendamping persalinan

Dalam setiap persalinan, ibu hamil harus didampingi oleh orang yang paham betul akan proses persalinan (Dwi Maharani, 2017:57).

2.2.9 Dukungan dalam Proses Persalinan

A. Kelahiran seorang bayi berpengaruh terhadap seluruh anggota keluarga. Karena itu bila suami atau anggota keluarga lainnya ingin menemani ibu saat bersalin hendaknya diizinkan. Biarkan mereka memberikan dukungan moril, memperhatikan dan mendengarkan permintaan ibu, serta menolong ibu bila mungkin. Perhatian dan penghargaan terhadap kebutuhan ibu dan keluarganya akan menumbuhkan rasa percaya kepada penolong persalinan. Ibu mungkin merasa tidak nyaman dan nyeri bila ibu cemas akan persalinannya atau bila mempunyai gangguan sebelumnya. Penolong persalinan perlu bersikap tenang dan mampu meyakinkan ibu dan keluarganya, terutama bila mereka

gelisah dan khawatir(Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:248).

B. Kenyamanan

Anjurkan ibu untuk berbaring dalam posisi yang dirasakan paling nyaman. Biarkan ibu melakukan kegiatan seperti berjalan, duduk, jongkok, mengambil posisi seperti akan merangkak atau bersalin, sesuai dengan keinginannya. Gerakan-gerakan tersebut membantu turunnya bayi ke panggul, karena itu anjurkan ibu bergerak aktif. Untuk selanjutnya, ibu yang akan melahirkan tidak dianjurkan berbaring datar pada punggungnya, karena akan mengganggu peredaran darah ke tubuhnya dan janin yang dikandungnya(Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:249).

C. Cairan

Anjurkan ibu minum air selama persalinan untuk mencegah dehidrasi dan memberikan tenaga. Untuk selanjutnya, dehidrasi dapat mengakibatkan kelelahan, memperlambat atau menyebabkan his tidak teratur(Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:249).

D. Kebersihan

Infeksi yang terjadi pada saat persalinan dapat mengakibatkan kematian atau kesakitan pada ibu dan bayi, ibu hendaknya dimandikan dan mengenakan pakaian bersih pada waktu bersalin, sedangkan penolong persalinan harus sering mencuci tangan dan menggunakan alat yang telah didensifeksi atau disterilkan. Cara perawatan kebersihan seperti :

1. Buang air besar sebelum melahirkan, ibu sedapat mungkin buang air besar terlebih dahulu. Rektum yang penuh akan memberikan rasa tidak nyaman selama persalinan. Bila ibu kesulitan dalam mengosongkan rektum, maka ibu dapat dibantu dengan melakukan edema. Untuk selanjutnya hindari edema/kliniks pada ibu yang berada dalam tahap lanjut persalinan, ibu yang ketubannya telah pecah, ibu yang mengalami perdarahan atau ibu yang menderita hipertensi.
2. Buang air kecil ibu bersalin sebaiknya buang air kecil paling sedikit setiap 2 jam, atau lebih sering lagi bila mungkin. Kandung kemih yang penuh akan menghambat turunnya bayi ke dasar panggul dan memberikan rasa tak nyaman bagi ibu. Selain itu ada

juga faktor pendukung lainnya seperti : gizi ibu hamil yang tercukupi dan bergizi, melaksanakan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi yang mana terdiri dari tafsiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transportasi ibu hamil kalau mungkin ibu hamil tersebut jauh dari sarana kesehatan, calon pendonor darah yang sewaktu-waktu ibu hamil mengalami perdarahan hebat sehingga sudah siap pendonor darah, biodata lengkap dari ibu hamil sehingga dapat mengetahui riwayat ibu hamil tersebut (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:250)

2.2.10 Penyulit Pada Masa Persalinan

A. Deteksi Dini Penanganan Awal dan Rujukan pada Kala I

1. Gawat janin

Gawat janin adalah denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:148).

Penyebab gawat janin adalah :

- a) Persalinan berlangsung lama.
- b) Induksi persalinan dengan oksitosin.
- c) Ada perdarahan.
- d) Infeksi yang disebabkan oleh pecahnya ketuban.
- e) Insufisiensi plasenta.
- f) Kehamilan posterm.
- g) Preeklamsia (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:148).

Tanda gejala gawat janin yaitu DJJ abnormal dapat disebut juga dengan fetal distress. Fetal distress dibagi menjadi dua yaitu fetal distress akut dan fetal distress kronis.

Penatalaksanaan gawat janin yaitu pemantauan DJJ, memperbaiki aliran darah uterus dan memperbaiki aliran darah umbilikus.

2. Malpresentasi

Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain vertex. Malposisi : posisi janin selain posisi oksipito anterior. Masalah yang dapat terjadi yaitu janin yang dalam keadaan malpresentasi dan malposisi kemungkinan

menyebabkan partus lama atau partus macet. Salah satu jenis malpresentasi adalah letak sungsang.

3. Letak sungsang

a) Definisi

Adalah suatu keadaan dimana posisi janin memanjang (membujur) dalam rahim dengan kepala berada pada bagian atas rahim (fundus uteri) dan bokong berada dibagian bawah ibu.

b) Penyebab sungsang

Letak janin tergantung pada proses adaptasinya di dalam rahim. Jadi tidak perlu khawatir jika posisi sungsang terjadi pada usia kehamilan di bawah 32 minggu. Pada usia kehamilan ini, jumlah air ketuban relatif lebih banyak sehingga janin masih dapat bergerak bebas (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:149).

c) Klasifikasi letak sungsang

- 1) Letak bokong
- 2) Letak bokong kaki sempurna
- 3) Letak bokong tak sempurna
- 4) Letak kaki

d) Konsep penatalaksanaan letak sungsang

Saat kehamilan, mengubah posisi sungsang dengan bersujud.

e) Persalinan diselesaikan dengan :

1) Pertolongan fisiologis secara Brach.

Persalinan Brach berhasil bila berlangsung dalam satu kali his dan mengejan. Sedangkan penolong

membantu melakukan hiperlordose. Bila persalinan dengan satu kali his dan mengejan tidak berhasil, maka pertolongan Brach dianggap gagal, dan dilanjutkan dengan ekstraksi (manual aid)

2) Ekstraksi bokong partial

Persalinan dengan ekstraksi bokong partial dimaksudkan bahwa : persalinan bokong sampai umbilikus berlangsung dengan kekuatan sendiri, terjadi kemacetan persalinan badan dan kepala, dilakukan persalinan bantuan dengan jalan secara klasik, secara Muller, dan Loevset P.

- 3) Pertolongan persalinan kepala :
pertolongan persalinan kepala menurut Mauriceau veit Smellie, dilakukan bila terjadi kegagalan persalinan kepala. Persalinan kepala dengan ekstraksi forcep, dilakukan bila terjadi kegagalan persalinan kepala dengan teknik Mauriceau viet Smellie, ekstraksi bokong totalis, ekstraksi bokong total bila proses persalinan sungsang seluruhnya dilakukan dengan kekuatan penolong sendiri(Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:152).

2.2.11 Perubahan Fisiologis Pada Persalinan

A. Perubahan fisiologis kala I persalinan

1. Keadaan Segmen Atas dan Segmen Bawah Rahim pada Persalinan

Selama proses persalinan, uterus akan mengalami perubahan bentuk menjadi dua bagian yang berbeda, yaitu segmen atas dan segmen bawah. Segmen atas memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya, segmen

bawah rahim memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregangkan. Segmen bawah rahim dianalogikan dengan isthmus uterus yang melebar dan menipis pada perempuan yang tidak hamil (Nurhayati, 2019:108).

2. Perubahan Bentuk Uterus

Saat ada his, uterus teraba sangat keras karena seluruh ototnya berkontraksi. Proses ini akan efektif hanya jika his bersifat fundal dominan, yaitu kontraksi didominasi oleh fundus yang menarik otot bawah rahim ke atas sehingga akan menyebabkan permukaan serviks dan dorongan janin ke bawah secara alamiah (Nurhayati, 2019:108).

3. Perubahan pada serviks

Pada akhir kehamilan otot yang mengelilingi *Ostium Uteri Internum* (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk Serviks menghilang karena canalis servikalis membesar dan atas membentuk *ostium uteri eksterna* (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit (Nurhayati, 2019:109).

4. Perubahan pada Vagina dan Dasar Panggul

Dalam kala I, ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan-perubahan sedemikian rupa, sehingga dapat dilalui oleh janin. Setelah ketuban pecah, segala perubahan, terutama dasar panggul ditimbulkan oleh tekanan dari bagian terbawah janin (Nurhayati, 2019:109).

5. Bloody Show

- a) Tekanan darah
- b) Metabolisme
- c) Suhu
- d) Denyut jantung
- e) Perubahan pada ginjal
- f) Perubahan pada saluran cerna.
- g) Perubahan hematologi (Nurhayati, 2019:110-112).

B. Perubahan Fisiologis pada kala II persalinan

1. Serviks
2. Uterus
3. Vagina
4. Organ panggul
5. Eksplusi janin

6. Metabolisme

7. Denyut nadi (Nurhayati, 2019:114-116).

C. Perubahan fisiologis kala III persalinan

1. Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri

2. Tali pusat memanjang

3. Semburan darah secara singkat dan mendadak (Nurhayati, 2019:118).

D. Perubahan Fisiologis kala IV persalinan

1. Tanda vital

2. Gemetar

3. Sistem gastrointestinal

4. Sistem renal

5. Sistem kardiovaskuler

6. Serviks

7. Perineum

8. Vulva dan vagina

9. Pengeluaran ASI (Nurhayati, 2019:120-122).

2.2.12 Asuhan Sayang Ibu dan Posisi Meneran

A. Asuhan Sayang Ibu

Pengertian asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu juga dengan memberikan asuhan yang aman, berdasarkan temuan dan turut

meningkatkan angka kelangsungan hidup ibu (Siwi Walyani,Elizabeth, 2016:65).

B. Konsep Asuhan Sayang Ibu

1. Asuhan yang aman berdasarkan *evidence based* dan ikut meningkatkan kelangsungan hidup ibu. Pemberian asuhan harus saling menghargai budaya, kepercayaan, menjaga privasi, memenuhi kebutuhan dan keinginan ibu.
2. Asuhan sayang ibu memberikan rasa nyaman dan aman selama proses persalinan, menghargai kebiasaan budaya, praktik keagamaan dan kepercayaan dengan melibatkan ibu dan keluarga dalam pengambilan keputusan.
3. Asuhan sayang ibu menghormati kenyataan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah dan tidak perlu intervensi tanpa adanya komplikasi.
4. Asuhan sayang ibu berpusat pada ibu, bukan pada petugas kesehatan.
5. Asuhan sayang ibu menjamin ibu dan keluarganya dengan memberitahu tentang apa yang terjadi dan apa yang bisa diharapkan (Siwi Walyani,Elizabeth, 2016:67).

C. 10 Langkah Asuhan Sayang Ibu

1. Menawarkan adanya pendampingan saat melahirkan untuk mendapatkan dukungan emosional dan fisik secara berkesinambungan.
2. Memberi informasi mengenai praktek kebidanan, termasuk intervensi dan hasil asuhan.
3. Memberi asuhan yang peka dan responsif dengan kepercayaan nilai dan adat istiadat.
4. Memberikan kebebasan bagi ibu yang akan bersalin untuk memilih posisi persalinan yang nyaman bagi ibu.
5. Merumuskan kebijakan dan prosedur yang jelas untuk pemberian asuhan yang berkesinambungan.
6. Tidak rutin menggunakan praktek dan prosedur yang tidak didukung oleh penelitian ilmiah tentang manfaatnya, seperti : pencukuran, enema, pemberian cairan intervena, menunda kebutuhan gizi, merobek selaput ketuban, pemantauan janin secara elektronik.
7. Mengajarkan pada pemberi asuhan dalam metode meringankan rasa nyeri dengan/tanpa obat-obatan.
8. Mendorong semua ibu untuk memberi ASI dan mengasuh bayinya secara mandiri.
9. Menganjurkan tidak menyunat bayi baru lahir jika buka karena kewajiban agama.

10. Berupaya untuk mempromosikan pemberian ASI dengan baik (Siwi Walyani, Elizabeth, 2016:67-68).

D. Prinsip Umum Sayang Ibu

1. Memahami bahwa kelahiran merupakan proses alami dan fisiologis.
2. Menggunakan cara-cara yang sederhana dan tidak melakukan intervensi tanpa ada indikasi.
3. Memberikan rasa aman, berdasarkan fakta dan memberi kontribusi pada keselamatan jiwa ibu.
4. Asuhan yang diberikan berpusat pada ibu
5. Menjaga privasi serta kerahasiaan ibu.
6. Membantu ibu agar merasa aman, nyaman, dan didukung secara emosional,
7. Memastikan ibu mendapat informasi, penjelasan dan konseling yang cukup.
8. Mendukung ibu dan keluarga untuk berperan aktif dalam pengambilan keputusan.
9. Menghormati praktek-praktek adat dan keyakinan agama.
10. Memantau kesejahteraan fisik, psikologis, spiritual dan sosial ibu/keluarganya selama kehamilan, persalinan, dan nifas.

11. Memfokuskan perhatian pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit (Siwi Walyani,Elizabeth, 2016:68).

E. Asuhan Sayang Ibu dalam Proses Persalinan

1. Memanggil ibu sesuai nama panggilan sehingga akan ada perasaan dekat dengan bidan.
2. Meminta ijin dan menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan bidan dalam pemberian asuhan.
3. Bidan memberikan penjelasan tentang gambaran proses persalinan yang akan dihadapi ibu dan keluarga.
4. Memberikan informasi dan menjawab pertanyaan dari ibu dan keluarga sehubungan dengan proses persalinan (Siwi Walyani,Elizabeth, 2016:68).

2.2.13 Lima Benang Merah Asuhan Persalinan

Lima benang merah dirasakan sangat dalam memberikan asuhan persalinan dan kelahiran bayi yang bersih dan aman. Kelima benang merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan mulai dari kala I sampai dengan kala IV termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir.

Kelima benang merah yang dijadikan dasar asuhan persalinan yang bersih dan aman adalah :

A. Pengambilan Keputusan Klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan pengambilan keputusan klinis (*clinical Decision making*). Dalam keperawatan dikenal proses keperawatan, para bidan menggunakan proses serupa yang disebut sebagai proses penatalaksanaan kebidanan atau proses pengambilan keputusan klinis. Proses ini memiliki beberapa tahapan mulai dari pengumpulan data, diagnosis, perencanaan dan penatalaksanaan, serta evaluasi yang merupakan pola pikir sistematis bagi para bidan selama memberikan asuhan kebidanan, khususnya dalam asuhan persalinan normal (Ul Mutmainnah, Annisa, Herni Johan, 2017:13-14).

B. Aspek Sayang Ibu yang Berarti Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan yang harus diperhatikan para bidan, antara lain:

1. Suami, saudara atau keluarga lainnya harus diperkenankan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkannya.
2. Standar untuk persalinan yang bersih harus selalu dipertahankan.

3. Kontak segera antara ibu dan bayi serta pemberian air susu ibu harus dianjurkan untuk dikerjakan.
4. persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian.
5. Penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga mengenai seluruh proses persalinan.
6. Penolong persalinan harus mau mendengarkan dan memberi jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu.
7. Penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang biasa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi saat melahirkan.
8. Tindakan-tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila harus dilakukan.
9. Ibu harus diberi privasi bila ibu menginginkan.
10. Tindakan-tindakan medis yang dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus dihindari (episiotomy, pencukuran, dan klisma) (Ul Mutmainnah, Annisa, Herni Johan, 2017:14).

C. Aspek Pencegahan Infeksi

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit antara orang dan / atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke seseorang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara mikroorganisme dan individu (klien atau petugas kesehatan). Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanis, ataupun kimia yang meliputi :

1. Cuci tangan.
2. Memakai sarung tangan.
3. Penggunaan cairan antiseptik.
4. Pemrosesan alat bekas (Ul Mutmainnah, Annisa, Herni Johan, 2017:14-15).

D. Aspek pencatatan (Dokumentasi)

Dokumentasi dalam manajemen kebidanan merupakan bagian yang sangat penting. Hal ini dikarenakan :

1. Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen pasien.
2. Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi di antara petugas kesehatan.
3. Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari satu

petugas ke petugas yang lain, atau dari petugas ke fasilitas.

4. Informasi dapat digunakan untuk evaluasi, untuk melihat apakah perawatan sudah dilakukan dengan tepat, mengidentifikasi kesenjangan yang ada, dan membuat perubahan serta perbaikan peningkatan manajemen perawatan pasien.
5. Memperkuat keberhasilan manajemen sehingga metode-metode dapat dilanjutkan dan disosialisasikan kepada yang lain.
6. Data yang ada dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus.
7. Dapat digunakan sebagai data statistik untuk catatan nasional.
8. Sebagai data statistik yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian ibu dan bayi.

Dalam asuhan persalinan normal, sistem pencatatan yang digunakan adalah partograf, hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada partograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan (UI Mutmainnah, Annisa, Herni Johan, 2017:15).

E. Aspek Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor yang memengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat tertunda dan ibu tidak mendapatkan penatalaksanaan yang memadai sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjukkan terwujudnya program *Safe Motherhood*.

Singkatan BAKSOKUDA (bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang, darah) dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan anak (Ul Mutmainnah, Annisa, Herni Johan, 2017:16).

2.2.14 Mekanisme Persalinan Normal

- A. Turunnya kepala dibagi menjadi dua yaitu masuknya kepala dalam pintu atas panggul, dan majunya kepala.
- B. Pembagian ini terutama berlaku pada primigravida. Masuknya kedalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir

kehamilan tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan.

C. Masuknya kepala kedalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis, melintang dan dengan fleksi yang ringan.

D. Masuknya sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir, ialah tepat di antara simpisis dan promontorium, maka kepala dikatakan dalam synclitismus dan synclitismus os parietal depan dan belakang sama tingginya.

E. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simpisis atau agak kebelakang mendekati promontorium maka posisi ini disebut asynclitismus. Pada pintu atas panggul biasanya kepala dalam asynclitismus posterior yang ringan. Asynclitismus posterior ialah jika sutura sagitalis mendekati simpisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan. Asynclitismus anterior ialah jika sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.

F. Majunya kepala pada primigravida terjadi setelah kepala masuk kedalam rongga panggul dan biasanya baru dimulai pada kala 2. Pada multigravida sebaiknya

majunya kepala dan masuknya kepala kedalam rongga panggul terjadi bersamaan. Yang menyebabkan majunya kepala : Tekanan cairan intrauterin, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan meneran, melurusnya badan janin oleh perubahan bentuk rahim.

G. Penurunan terjadi selama persalinan oleh karena daya dorong dari kontraksi dan posisi,serta peneranan selama kala 2 oleh ibu.

H. Fiksasi (engagement) merupakan tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.

I. Desensus merupakan syarat utama kelahiran kepala, terjadi karena adanya tekanan cairan amnion, tekanan langsung pada bokong saat kontraksi, usaha meneran, ekstensi dan pelurusan badan janin.

J. Fleksi, sangat penting bagi penurunan kepala kala 2 agar bagian terkecil masuk panggul dan terus turun. Dengan majunya kepala, fleksi bertambah hingga ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir yaitu diameter suboccipito frontalis (11,5 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju, dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas

panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan dorongan dan tahanan ini terjadilah fleksi, karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.

K. Putaran paksi dalam/rotasi internal, pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kebawah simpisis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu kepala sampai ke hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai di dasar panggul, sebab-sebab putaran paksi dalam. Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala. Pada bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit yaitu pada sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genetalis

antara M. Levator ani kiri dan kanan. Pada ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

L. Rotasi internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala akan menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul.

M. Ekstensi, setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini terjadi pada saat lahir kepala, terjadi karena gaya tahanan dan dasar panggul dimana gaya tersebut membentuk lengkungan Carrus, yang mengarahkan ekstensi untuk melaluinya. Bagian leher belakang di bawah occiputnya akan bergeser di bawah symphysis pubis dan bekerja sebagai titik poros. Uterus yang berkontraksi kemudian memberi tekanan tambahan atas kepala yang menyebabkan ekstensi kepala lebih lanjut saat lubang vulva-vagina membuka lebar. Pada kepala bekerja disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultantnya ialah kekuatan kearah depan atas.

N. Setelah subocciput tertahan pada pinggir bawah symphysis maka yang dapat maju karena kekuatan

tersebut di atas adalah bagian yang berhadapan dengan subocciput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi hidung dan mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Subocciput yang menjadi pusat pemutaran disebut hypomoclin.

O. Rotasi eksternal/putaran paksi luar, terjadi bersamaan dengan perputaran interior bahu. Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi. Restitusi adalah perputaran kepala sejauh 45 baik ke arah kiri atau kanan bergantung pada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior. Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischidicum. Gerakan yang terakhir ini adalah gerakan paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu, menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

P. Ekspulsi, setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symphysis dan menjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir

searah paksi jalan lahir mengikuti lengkung carrus (kurva jalan lahir) (Siwi Walyani,Elizabeth, 2016:57).

2.2.15 Menolong Persalinan Sesuai APN

A. Menyiapkan peralatan pertolongan persalinan

1. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial yang siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
2. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik.
3. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk 1x pakai/handuk pribadi yang bersih.
4. Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi.
5. Menyiapkan oksitosin 10 unit kedalam spuit (dengan memakai sarung tangan) dan meletakkannya kembali di partus set tanpa dekontaminasi spuit.
6. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik.
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan

menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT.

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap (bila ketuban belum pecah maka lakukan amniotomi).
9. Mendekontaminasi sarung tangan.
10. Memeriksa DJJ setelah berakhir setiap kontraksi (batas normal 120-160x/menit).
11. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran
12. Memberitahukan ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman.
13. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
14. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
15. Persiapan pertolongan kelahiran
16. Jika kepala telah membuka vulva dengan diameter 4-5 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

17. Meletakkan kain yang bersih dilipat $\frac{1}{3}$ bagian di bawah bokong ibu.
18. Membuka partus set.
19. Memakai sarung tangan steril.
20. Memulai meneran
21. Jika pembukaan belum lengkap, tenteramkan ibu dan bantu pilihkan posisi yang nyaman.
22. Jika ibu merasa ingin meneran namun pembukaan belum lengkap, berikan semangat dan anjurkan ibu untuk bernafas cepat dan bersabar agar jangan meneran dulu.
23. Jika pembukaan sudah lengkap dan ibu merasa ingin meneran, bantulah ibu memilih posisi yang nyaman untuk meneran dan pastikan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
24. Jika pembukaan sudah lengkap namun belum ada dorongan untuk meneran, bantu ibu memilih posisi yang nyaman dan biarkan berjalan-jalan.
25. Jika ibu tidak merasa ingin meneran setelah pembukaan lengkap selama 60 menit, anjurkan ibu untuk memulai meneran pada saat puncak kontraksi, dan lakukan stimulasi puting susu serta berikan asupan gizi yang cukup.

26. Jika bayi lahir setelah 60 menit, lakukan rujukan (kemungkinan CPD, tali pusat pendek).
27. Cara meneran
28. Anjurkan ibu untuk meneran sesuai dengan dorongan alamiahnya selama kontraksi.
29. Jangan menganjurkan untuk menahan nafas selama meneran.
30. Anjurkan ibu untuk berhenti meneran dan segera beristirahat di antara kontraksi.
31. Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ibu mungkin merasa lebih mudah untuk meneran jika ibu menarik lutut kearah dada dan menempelkan dagu ke dada.
32. Anjurkan ibu untuk tidak mengangkat bokong saat meneran.
33. Jangan melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran bayi. Dorongan pada fundus meningkatkan resiko distosia bahu dan ruptur uteri.
34. Menolong kelahiran bayi
35. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, latakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak

menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.

36. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa bersih.

37. Memeriksa lilitan tali pusat dan jika kendurkan lilitan jika memang terdapat lilitan dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi,

38. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

39. Tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi kedua muka bayi.

40. Menelusurkan tangan mulai dari kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum tangan membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut.

41. Menelusurkan tangan yang berada di atas anterior dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran bayi.

42. Penanganan bayi baru lahir

43. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi lebih rendah dari tubuhnya.
44. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian tali pusat.
45. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat / umbilical bayi.
46. Memegang tali pusat dengan satu tangan sambil melindungi bayi dari gunting, dan tangan yang lain memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
47. Mengganti handuk basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut bersih, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka.
48. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
49. Yang harus diperhatikan pada saat pengeluaran bayi
50. Posisi ibu saat melahirkan bayi.
51. Cegah terjadinya laserasi atau trauma.
52. Proses melahirkan kepala.
53. Memeriksa lilitan tali pusat pada leher bayi,
54. Proses melahirkan bahu.
55. Proses melahirkan tubuh bayi.

56. Mengusap muka, mengeringkan dan rangsang taktil pada bayi.
57. Memotong tali pusat.
58. Gejala dan tanda distosia bahu
59. Turtle sign adalah kepala terdorong keluar tetapi kembali kedalam vagina setelah kontraksi atau ibu berhenti meneran.
60. Tidak terjadi putaran paksi luar apabila kepala telah lahir. Kepala tetap pada posisinya (dalam vagina) walau ibu meneran sekuat mungkin. (Siwi Walyani, Elizabeth, 2016:58-63).

2.2.16 Partograf dan Lembar Observasi

A. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan persalinan, asuhan, pengenalan penyulit dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Trirestuti, Chrisna, 2018:60).

Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk :

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal.

3. Data pelengkap yang terkait pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan.

Partograf membantu penolong persalinan untuk :

- a) Mencatat kemajuan persalinan.
- b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (Trirestuti,Chrisna, 2018:60-61).

Partograf harus digunakan :

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan.
- 2) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat.
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya.

Pencatatan selama fase laten kala satu persalinan

- (a) Fase laten : pembukaan serviks kurang dari 4 cm.
- (b) Fase aktif : pembukaan serviks dari 4 sampai 10 cm (Trirestuti, Chrisna, 2018:61)

Halaman depan partograf mencantumkan :

- (1) Informasi tentang ibu.
- (2) Kondisi janin.
- (3) Kemajuan persalinan.
- (4) Jam dan waktu.
- (5) Kontraksi uterus.
- (6) Obat-obat dan cairan yang diberikan.
- (7) Kondisi ibu.
- (8) Asuhan pengamatan dan keputusan klinik lainnya (Trirestuti, Chrisna, 2018:61).

Pencatatan selama fase laten kala satu persalinan

Pencatatan selama fase laten persalinan dicatat pada lembar observasi meliputi :

- 1. DJJ setiap ½ jam.
- 2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam.
- 3. Nadi setiap ½ jam.
- 4. Pembukaan serviks setiap 4 jam.
- 5. Penurunan kepala setiap 4 jam.
- 6. Tekanan darah dan temperatur setiap 4 jam.

7. Produksi urin,aseton dan protein urin setiap 2 sampai 4 jam (Trirestuti,Chrisna, 2018:62,63).

Pencatatan selama fase aktif persalinan (partograf)

- a) Informasi tentang ibu

Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai 'jam' pada partograf dan perhatikan kemungkinan ibu datang dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban.

- b) Keselamatan dan kenyamanan janin

- 1) Denyut jantung janin

Dengan menggunakan metode seperti yang diuraikan pada bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilaidan catat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak pada bagian ini, menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka disebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberikan tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik

yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus.

Kisaran DJJ terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100. Tetapi, penolong sudah harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160 (Trirestuti,Chrisna, 2018:64).

2) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali dilakukan pemeriksaan dalam, dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

U : ketuban utuh (belum pecah).

J : ketuban sudah pecah dan air ketuban keruh.

M : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dara

K : ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering) (Trirestuti,Chrisna, 2018:64).

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan gawat janin. Jika terdapat mekonium, pantau DJJ secara seksama untuk

mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin < 100 atau < 180 kali permenit), ibu segera dirujuk kefasilitas kesehatan yang sesuai. Tetapi jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki asuhan kegawatdaruratan obstetric dan bayi baru lahir (Trirestuti,Chrisna, 2018:64-65).

a) Molase (penyusupan kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian kerasa panggul ibu. Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi ulang panggul (CPD).

Ketidakmampuan akomodasi akan benar-benar terjadi jika tulang kepala yang saling menyusup tidak dapat dipisahkan. Apabila ada dugaan disproporsi tulang panggul, penting sekali untuk tetap memantau kondisi janin dan kemajuan persalinan. Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan tanda-tanda

disproporsi tulang ke fasilitas kesehatan yang memadai.

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusup kepala janin. Catat temuan di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban.

Gunakan lambang-lambang berikut ini :

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

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan.

3 : tulang-tulang kepala janin tumpang tindih, dan tidak dapat dipisahkan (Trirestuti,Chrisna, 2018:65).

c) Kemajuan persalinan

1) Pembukaan servik

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan dibagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat pembukaan servik setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf hasil temuan dari

pemeriksaan. Tanda 'X' harus ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan servik. Beri tanda untuk temuan-temuan dari pemeriksaan dalam yang dilakukan pertama kali selama fase aktif persalinan di garis waspada. Hubungkan tanda 'X' dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus) (Trirestuti,Chrisna, 2018:66).

2) Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik dalam bab ini, nilai dan catat pemeriksaan servik (setiap 4 jam) lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit, nilai dan catat turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan servik umumnya diikuti dengan turunnya bagian terbawah atau presentasi janin. Tapi kadangkala, turunnya bagian terbawah /presentasi janin baru terjadi setelah pembukaan servik sebesar 7 cm.

Kata-kata “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 tertera disisi yang sama dengan

angka pembukaan servik. Berikan tandan “O” pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika kepala bisa dipalpasi 4/5, tulis tanda “O” dinomer 4, hubungkan tanda “O” dari setiap pembukaan dengan garis tidak terputus (Trirestuti,Chrisna, 2018:67).

3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan servik 4 cm dan berakhir pada titik di mana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm/jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada jika pembukaan servik mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan <1 cm/jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (misalnya fase aktif yang memanjang, macet dan lain-lain).

Pertimbangkan pula adanya tindakan intervensi yang diperlukan, misalnya persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit dan kegawat daruratan obstetri. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan

oleh 8 kotak atau 4 jalur kesisi kanan. Jika pembukaan servik berada disebalah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui (Trirestuti,Chrisna, 2018:67).

d) Jam dan waktu

1) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Dibagian bawah partograf (pembukaan servik dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-16, setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

2) Waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif. Tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan.

Setiap kotak menyatakan 1 jam penuh dan berkaitan dengan 2 kotak waktu 30 menit pada lajur kotak diatasnya atau lajur kontraksi di bawahnya. Saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan catatkan pembukaan servik digaris waspada kemudian catatkan waktu aktual pemeriksaan ini dikotak waktu yang sesuai.

Sebagai contoh, jika pemeriksaan dalam menunjukkan ibu mengalami pembukaan 6 cm pada pukul 15.00, tuliskan tanda X digaris waspada yang sesuai dengan angka 6 yang tertera di sisi luar kolom paling kiri dan catat waktu yang sesuai pada kotak waktu di bawahnya (kotak ketiga dari kiri) (Trirestuti,Chrisna, 2018:68).

e) Kontraksi uterus

Persalinan yang normal disertai his yang normal.

Pada persalinan normal, makin lanjut persalinan berlangsung, his akan makin lama, makin sering dan semakin sakit.

1) Mengamati his

Pengamatan his dilakukan setiap jam dalam fase laten, dan setiap setengah jam dalam fase aktif.

Yang harus diamati adalah :

(a) Frekuensi : diukur jumlah his/10 menit.

(b) Lama : dalam detik dari permulaan his terasa dengan palpasi perut sampai hilang.

2) Mencatat his pada partograf

Di bawah garis waktu, ada 5 kotak kosong melintang sepanjang partograf, yang pada sisi

kirinya tertulis "his/10 menit". Satu kotak menggambarkan satu his. Kalau ada 2 his dalam 10 menit, ada 2 kotak yang diarsir. Ada 3 cara mengarsir :

- (a) < 20 detik (berupa titik-titik).
- (b) 20-40 detik (garis miring/arsiran).
- (c) > 40 detik (dihitamkan penuh).

f) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

1) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan intravena dan dalam satuan tetesan per menit.

2) Obat-obatan lain dan cairan intravena

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan intravena dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

g) Kesehatan dan kenyamanan ibu

1) Nadi, tekanan darah, dan temperatur tubuh

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

- (a) Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. (Lebih sering

jika dicurigai adanya penyulit). Beri tanda titik pada kolom yang sesuai (.).

(b) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika dianggap akan ada penyulit). Beri tanda panah pada partograf pada kolom waktu yang sesuai.

(c) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu (lebih sering jika meningkat, atau dianggap adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperatur tubuh dalam kotak yang sesuai.

2) Volume urin, protein, aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan setiap ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urin.

h) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik disisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan dalam persalinan. Cnatumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan.

Asuhan, pengamatan atau keputusan klinik mencakup :

- 1) Jumlah cairan peroral yang diberikan.
- 2) Keluhan sakit kepala atau penglihatan kabur.
- 3) Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (obgyn, bidan, dokter umum).
- 4) Persiapan sebelum melakukan rujukan.
- 5) Upaya rujukan (Trirestuti, Chrisna, 2018:69-70).

i) Pencatatan pada lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I sampai persalinan kala IV (termasuk Bayi baru lahir).

Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catat asuhan yang diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai.

Dokumentasi ini sangat penting untuk membuat keputusan klinik, terutama pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan).

Selain itu, catatan persalinan(yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai atau memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan persalinan bersih dan aman.

Catatan persalinan terdiri dari unsur-unsur berikut :

- 1) Data dasar.
- 2) Kala I.
- 3) Kala II.
- 4) Kala III.
- 5) Bayi baru lahir.
- 6) Kala IV.

Cara pengisian :

Berbeda dengan halaman depan yang harus diisi pada akhir setiap pemeriksaan, lembar partograf ini diisi setelah semua proses persalinan selesai.

Adapun cara pengisian catatan persalinan pada lembar belakang partograf secara lebih terinci disampaikan menurut unsur-unsurnya sebagai berikut :

(a) Data dasar

Terdiri dari tanggal, anam bidan, tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, tempat rujukan dan pendamping pada saat merujuk.

Isi data pada masing-masing tempat yang telah disediakan, atau dengan cara memberi tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan no 5, lingkari jawaban yang sesuai dan untuk pertanyaan no 8 jawaban bisa lebih dari 1 (Trirestuti, Chrisna, 2018:71).

(b) Kala I

Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah-masalah yang dihadapi, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaan tersebut. Untuk pertanyaan no 9, lingkari jawaban yang sesuai. Pertanyaan lainnya hanya diisi jika terdapat masalah lainnya dalam persalinan.

(c) Kala II

Kala II dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Beri tanda ✓ pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan no 13, jika jawabannya “Ya” tulis indikasinya. Sedangkan untuk no 15 dan 16 jika jawabannya “Ya”, isi jenis tindakan yang

telah dilakukan. Untuk pertanyaan no 14 jawaban bisa lebih dari satu. Sedangkan untuk masalah lain hanya diisi apabila terdapat masalah lain pada kala II.

(d) Kala III

Kala III terdiri dari lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, massage fundus, plasenta lahir lengkap, plasenta tidak lahir lebih dari 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah penyerta, penatalaksanaan dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan dan beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk no 25,26 dan 28 lingkari jawaban yang benar (Trirestuti,Chrisna, 2018:72).

(e) BBL

Informasi tentang BBL terdiri dari berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian kondisi BBL, pemberian ASI, masalah penyerta, penatalaksanaan terpilih dan hasilnya. Isi jawaban pada tempat yang disediakan serta beri tanda pada kotak di samping jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan no 36 dan 37, lingkari

jawaban yang sesuai sedangkan untuk no 38 jawaban bisa lebih dari satu.

(f) Kala IV

Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dari perdarahan. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting terutama untuk menilai apakah ada risiko atau terjadi perdarahan pasca persalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada satu jam berikutnya. Isi setiap kolom sesuai dengan hasil pemeriksaan dan jawab pertanyaan mengenai masalah kala IV pada tempat yang telah disediakan. Bagian yang digelapkan tidak usah diisi (Trirestuti,Chrisna, 2018:73).

B. Lembar Observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada dua tanda berikut ini :

1. Kontraksi uterus (His) teratur dengan sekurang-kurangnya terjadi 1 hisa dalam waktu 10 menit.

Perubahan servik berupa pendataran dan atau dilatasi

se

2. Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase :

a) Persalinan kala I fase laten

Fase laten dimulai pada awal persalinan dan berakhir pada dilatasi 3 cm. Pada primigravida, akhir fase laten ditandai dengan pendataran servik sempurna. Namun multipara, pada akhir fase laten servik belum mendatar sepenuhnya. Dilatasi servik pada fase laten berlangsung perlahan. Biasanya fase laten berlangsung dalam waktu 8 jam. Selama fase laten terjadi kemajuan frekuensi dan durasi his secara progresif.

b) Persalinan kala I fase aktif

Fase ini dimulai saat dilatasi servik mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi servik lengkap. Selama fase aktif, dilatasi servik berlangsung semakin progresif. Kecepatan dilatasi servik + 1 cm per jam. Pada multipara dilatasi servik rata-rata selama fase aktif kira-kira 1,5 cm per jam dan nulipara kira-kira 1 cm per jam. Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi servik yang diambil adalah 1 cm per jam.

c) Penatalaksanaan awal persalinan kala I fase laten :

Bila pasien pada awal persalinan dan pada pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal

maka yang harus dilakukan adalah observasi rutin. Pemeriksaan ulang dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila pasien mengeluhkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan minum seperti biasa dan disarankan untuk berjala-jalan. Pasien mungkin belum perlu masuk kamar persalinan. Fase laten tidak boleh melebihi waktu 8 jam, dengan demikian maka diagnosa saat awal inpartu harus dipertimbangkan secara hati-hati untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebihan dan tidak perlu (Dewi Anggraini, 2020:50).

2.2.17 Pelayanan Pertolongan Persalinan Pada Masa COVID-19

A. Panduan Pertolongan Persalinan oleh Bidan pada Masa Pandemi COVID-19

1. Jika ada tanda-tanda bersalin, segera hubungi bidan melalui telepon/WA. Bidan melakukan sringing faktor resiko termasuk resiko infeksi COVID-19. Apabila ada faktor resiko, segera rujuk ke PKM/ RS sesuai standar.
2. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan COVID-19, bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status

ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid +).

3. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN, lakukan IMD dan pemasangan IUD paska persalinan dengan APD level 2 dan menerapkan protokol pencegahan penularan covid-19, pada ibu bukan PDP,covid + (pasien dan pendamping maks 1 orang menggunakan masker).
4. Jika tidak dapat melakukan pertolongan persalinan. Segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM / RS sesuai standa
5. Keluarga/pendamping dan semua tim yang bertugas menerapkan protokol pencegahan penularan COVID-19.
6. Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk ibu bersalin dengan risiko, termasuk risiko ODP/PDP/Covid + sesuai standar (Nurjasmi, 2020:24).

B. Pelayanan Persalinan

1. Semua persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Pemilihan tempat pertolongan persalinan dilakukan berdasarkan :

- a) Kondisi ibu yang ditetapkan pada saat skrining risiko persalinan.
- b) Kondisi ibu saat inpartu.
- c) Status ibu dikaitkan dengan COVID-19.
- d) Persalinan di RS Rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status : *suspek, probable*, dan terkonfirmasi COVID-19 (penanganan tim multidisiplin).
- e) Persalinan di RS non rujukan COVID-19 untuk ibu dengan status : *suspek, probable*, dan terkonfirmasi COVID-19, jika terjadi kondisi RS rujukan COVID-19 penuh dan /atau terjadi kondisi emergensi. Persalinan dilakukan dengan APD yang sesuai.
- f) Persalinan di FKTP untuk ibu dengan status kontak erat (skrining awal : anamnesis, pemeriksaan darah normal (NLR < 5,8 dan limfosit normal). *Rapid test* non reaktif. Persalinan di FKTP menggunakan APD yang sesuai dan dapat menggunakan *dilevery chamber* (penggunaan *dilevery chamber* belum terbukti dapat mencegah transmisi COVID-19).

3. Pasien dengan kondisi inpartu atau emergensi harus diterima di semua fasilitas pelayanan kesehatan walaupun belum diketahui status COVID-19, kecuali bila ada kondisi yang mengharuskan dilakukan karena komplikasi obstetrik.

4. Rujukan terencana untuk :

a) Ibu yang memiliki risiko pada persalinan.

b) Ibu hamil dengan status suspek dan terkontaminasi COVID-19.

c) Ibu hamil melakukan isolasi mandiri minimal 14 hari sebelum taksiran persalinan atau sebelum tanda persalinan.

d) Pada zona merah (risiko tinggi), orange (risiko sedang), dan kuning (risiko rendah). Ibu hamil dengan atau tanpa tanda dan gejala COVID-19 pada 11-14 sebelum taksiran persalinan

dilakukan skrining untuk menentukan status COVID-19. Skrining dilakukan dengan anamnesa, pemeriksaan darah NLR atau *rapid test* (jika tersedia, fasilitas dan sumber daya).

Untuk daerah yang mempunyai kebijakan lokal dapat melakukan skrining lebih awal.

- e) Pada zona hijau tidak terdampak (tidak ada kasus), skrining COVID-19 pada ibu hamil jika ibu memiliki kontak erat dan atau gejala. Untuk ibu dengan status kontak erat tanpa penyulit obstetrik (skrining awal :anamnesis, pemeriksaan darah normal (NLR <5,8 dan limfosit normal), *rapid test* non reaktif). Persalinan dapat dilakukan di FKTP. Persalinan di FKTP dapat menggunakan *delivery chamber* tanpa melonggarkan pemakaian APD (penggunaan *delivery chamber* belum terbukti dapat mencegah transmisi COVID-19)
- f) Apabila ibu datang dalam keadaan inpartu dan belum dilakukan skrining. Fasilitas pelayanan kesehatan harus tetap melayani tanpa menunggu hasil skrining dengan menggunakan APD sesuai standar.
- g) Hasil skrining COVID-19 dicatat/dilampirkan di buku KIA dan dikomunikasikan ke fasilitas pelayanan kesehatan tempat rencana persalinan.

5. Pelayanan KB pasca persalinan tetap dilakukan sesuai prosedur, diutamakan menggunakan Metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) (E. Mulati, 2020: 41-44).

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut *involutio* (Maritalia, 2017:1).

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu persalinan (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:85).

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahap, yaitu :

1. Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan per vagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2. Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu remote puerperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan (Maritalia, 2017:2).

2.3.3 Tahapan *Lochea* Masa Nifas

Lochea merupakan campuran antara darah dan desidua yang mati. Biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

Lochea merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas.

Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lochea* mempunyai bau yang amis, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita (Dwi Maharani, 2017:75).

Tabel 2.4
Perbedaan masing-masing *lochea* :

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Rubra terdiri dari sel desidua, verniks <i>caseosa</i> , rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisa darah
<i>Sanguilenta</i>	3-7 hari	Putih bercampur merah	<i>Sanguilenta</i> terdiri dari sisa darah bercampur lendir.
Serosa	7-14 hari	Kekuningan atau kecoklatan	<i>Serosa</i> mengandung lebih sedikit darah dan lebih banyak serum. Selain itu, serosa terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	Lebih dari 14 hari	Putih	Alba mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

Sumber : (Dwi Maharani, 2017:76).

2.3.4 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Perubahan fisiologi pada masa nifas dapat diperhatikan sebagai berikut :

1. Perubahan Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

a) Iskemia miometrium

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

c) *Autolysis*

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi

situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Tonasih, 2019:85,86).

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut :

Tabel 2.5
Perubahan –perubahan Normal Uterus Selama Masa Postpartum

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	250 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber : (Tonasih, 2019:86).

2. Perubahan Serviks

Serviks mengalami involusio bersama-sama uterus. Setelah persalinan, astium ekssterna dapat dimasuki oleh dua hingga tiga jari tangan, setelah enam minggu serviks menutup.

3. Perubahan Vulva dan Vagina

Yaitu, terjadinya penekanan dan peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Selain itu, dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut vulva dan vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah tiga

minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan tugas dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

4. Perubahan Perenium

Perubahan yang terjadi pada perineum, yaitu mengendurnya perenium setelah melahirkan. Sebelumnya, perenium dalam kondisi teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari kelima, perenium sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekali pun tetap lebih kendur pada keadaan sebelum melahirkan.

5. Perubahan Payudara

Pada payudara terjadi perubahan, yaitu penurunan kadar *progesteron* secara cepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.

6. Perubahan Sistem Pencernaan

Ibu akan mengalami obstipasi setelah persalinan. Hal tersebut, disebabkan pada saat melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong.

7. Perubahan Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat *spasine sfingter* dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan yang akan kembali normal dalam tempo minggu.

8. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ditandai dengan ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang ketika proses persalinan atau setelah bayi dilahirkan.

9. Perubahan Sistem Endokrin

Mengalami perubahan fisiologis setelah persalinan. Hal tersebut, terlihat dari hormon plasenta yang menurun dengan cepat setelah persalinan.

10. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat. Penarikan kembali esterogen menyebabkan aturesis terjadi yang secara cepat mengurangi volume plasma kembali pada posisi normal :

- a) Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa nifas ini ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine.

- b) Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya volume pada jaringan tersebut selama kehamilan.
- c) Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar (200-400 cc).
- d) Apabila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada seksio cesaria, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

11. Perubahan Sistem Hematologi

Faktor-faktor pembekuan darah :

- a) Pada hari pertama PP, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.
- b) Leukositosis yang meningkat di mana jumlah sel darah putih mencapai 15 000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dan masa PP.
- c) Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000/30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.
- d) Jumlah *hemoglobine*, *hemorokit*, dan *eritrosyt* akan sangar bervariasi pada awal-awal masa PP sebagai

akibat volume darah, volume plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.

- e) Semua tingkatan ini, akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut.

12. Perubahan Tanda-Tanda Vital

- a) Denyut nadi cepat
- b) Perubahan tekanan darah
- c) Kondisi pernapasan (Dwi Maharani, 2017:76-80).

2.3.5 Perubahan Psikologis Masa Nifas

Depresi post partum terjadi 7 hari setelah melahirkan dan berlangsung selama 30 hari, dengan gejala-gejala sebagai berikut :

1. Ibu dipenuhi rasa sedih dan depresi yang disertai dengan menangis tanpa sebab.
2. Tidak memiliki tenaga hanya sedikit saja untuk melakukan aktivitas.
3. Tidak dapat berkonsentrasi.
4. Ada gangguan pola tidur atau istirahat.
5. Perubahan nafsu makan dan perubahan mental psikisnya.
6. Terkadang muncul fobia.

Beberapa cara untuk mengatasi depresi postpartum adalah :

- a) *Screening test*, dimana alat ini digunakan untuk melihat sebagaimana tingkat depresi seseorang.

- b) Ada dukungan psikologis.
- c) Istirahat yang cukup.
- d) Diperlukan dukungan psikolog atau konselor.
- e) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat depresan.
- f) Lakukan rujukan agar ibu mendapat perawatan yang intensif (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:127-128).

2.3.6 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Adapun kebutuhan dasar ibu masa nifas meliputi :

A. Nutrisi dan cairan

Nutrisi dan cairan yang diperlukan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizinya yaitu :

1. Mengonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari.
2. Makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral.
3. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.

4. Mengonsumsi tablet besi selama 40 hari postpartum dan
5. Mengonsumsi vitamin A 200.000 intra unit(Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:96).

B. Ambulasi

Ambulasi ibu yang baru melahirkan 24 jam pertama setelah kelahiran pervaginam harus melakukan ambulasi dini untuk mencegah trombosis vena serta membantu menguatkan dan mengencangkan otot-otot dasar panggul (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:97).

C. Eliminasi

Eliminasi BAK/BAB, diuresis yang nyata akan terjadi pada satu atau dua hari pertama setelah melahirka, dan kadang-kadang ibu mengalami kesulitan untuk mengosongkan kandung kemih (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:97).

D. Kerbersihan diri dan perineum

Kebersihan diri dan berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan

diri yaitu : mandi teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur, menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal, melakukan perawatan perineum, mengganti pembalut minimal 2 kali sehari, mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:97).

E. Istirahat yang cukup

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup,istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:97).

F. Hubungan seksual

Hubungan seksual dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:98).

G. Program KB

Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah nifas selesai 40 hari dengan tujuan menjaga kesehatan ibu (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:98).

H. Latian / senam nifas

Latian / senam nifas organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya dengan cara latian senam nifas. Tujuan senam nifas :

1. Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu.
2. Mempercepat proses involusio uteri.
3. Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut, dan perineum.
4. Memperlancar pengeluaran lokea.
5. Membantu mengurangi rasa sakit.
6. Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan, dan
7. Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:98-99).

2.3.7 Proses Laktasi dan Menyusui

A. Anatomi

Pada payudara terdapat tiga bagian utama, yaitu :

1. Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar.
2. Areola, yaitu bagian yang kehitaman di tengah.
3. Papilla atau puting, yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara.

B. Proses Laktasi

Laktasi adalah proses produksi, sekresi dan pengeluaran ASI. Proses laktasi tidak terlepas dari pengaruh hormonal, adapun hormon-hormon yang berperan adalah :

1. Progesteron, berfungsi mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli.
2. Estrogen, berfungsi menstimulasi sistem saluran ASI agar membesar sehingga dapat menampung ASI lebih banyak.
3. *Follicle Stimulating Hormone* (FSH).
4. *Luteinizing Hormone* (LH).
5. Prolaktin, berperan dalam membesarnya alveoli dalam kehamilan.
6. Oksitosin, berfungsi mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan setelahnya, seperti halnya juga dalam orgasme.
7. *Human Placental Lactogen* (HPL), berperan dalam pertumbuhan payudara, puting dan aerola sebelum melahirkan.

C. Fisiologi Laktasi

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian , yaitu produksi ASI (prolaktin) dan pengeluaran ASI (oksitosin).

1. Produksi ASI (Prolaktin)

Selama kehamilan hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh hormon estrogen yang masih tinggi. Kadar estrogen dan progesteron akan menurun pada saat hari kedua atau ketiga pasca persalinan, sehingga terjadi sekresi ASI.

2. Pengeluaran ASI (Oksitosin)

Apabila bayi disusui, maka gerakan menghisap yang berirama akan menghasilkan rangsangan saraf yang terdapat pada glandula pituitaria posterior sehingga mensekresi hormon oksitosin (Maritalia, 2017:61-63).

2.3.8 Komposisi Gizi Dalam ASI

A. Kolostrum

Kolostrum adalah air susu yang pertama kali keluar. Kolostrum merupakan cairan dengan viskositas kental, lengket, dan berwarna kekuningan. Kolostrum mengandung tinggi protein, mineral, garam, Vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan antibodi yang tinggi daripada ASI matur (Maritalia, 2017:71).

B. ASI Transisi/ Peralihan

ASI peralihan adalah ASI yang keluar setelah kolostrum sampai sebelum ASI matang, yaitu hari ke-4 sampai hari ke-10. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

C. ASI Matur

ASI matur tampak berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan, tidak menggumpal bila dipanaskan. Air susu yang mengalir pertama kali atau saat lima menit pertama disebut foremilk. Foremilk memiliki kandungan rendah lemak dan tinggi laktosa, gula, protein, mineral dan air. Selanjutnya Hindmilk. Hindmilk kaya akan lemak dan nutrisi (Maritalia, 2017: 72).

2.3.9 Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

A. Infeksi Nifas

1. Definisi

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas.

Ibu yang mengalami infeksi masa nifas biasanya ditandai dengan demam (suhu tubuh diatas 38°C) yang terjadi selama 2 hari berturut-turut.

Macam macam infeksi masa nifas diantaranya :

a) Endometritis

Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium.

b) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut).

Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe.

c) Mastitis

Mastitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara atau mammae.terutama pada primipara.

d) Thrombophlebitis

Thrombophlebitis adalah perjalanan infeksi melalui vena. Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme pathogen.

B. Infeksi Luka Perineum

Infeksi Luka Perineum adalah infeksi yang terjadi akibat masuknya mikroorganisme ke dalam luka perineum.

C. Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi pada jalan lahir yang volumenya lebih dari 500 ml dan berlangsung dalam 24 jam setelah bayi lahir.

Menurut waktu terjadinya, perdarahan post partum dibagi menjadi 2 tahap, yaitu :

1. Post partum dini (*Early post partum*) atau disebut juga perdarahan post partum primer. Perdarahan pada post partum primer terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir.
2. Post partum lanjut (*Late post partum*) atau disebut juga perdarahan post partum sekunder. Terjadi setelah 24 jam pertama sejak bayi lahir. Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya :

a) Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan. Penyebab atonia uteri : umur ibu

yang terlalu muda (kurang dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 40 tahun), status paritas (multipara dan grande multi, partus lama atau partus tak maju, uterus terlalu regang atau besar (pada kehamilan kembar atau bayi besar), kelainan uterus, faktor sosial ekonomi yang berpengaruh terhadap status gizi ibu.

b) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta sering juga diartikan sebagai tertahannya plasenta di dalam uterus.

c) Inversio uteri

Inversio uteri adalah suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Penyebab inversio uteri adalah : Uterus lembek dan lemah (tidak berkontraksi), grandemultipara, kelemahan pada organ reproduksi (tonus otot rahim yang lemah), meningkatnya tekanan intra abdominal (akibat mengejan yang terlalu kuat atau batuk yang berlebihan).

d) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Robekan jalan lahir / perineum di bagi menjadi 4 tingkat yaitu : Tingkat 1 terjadi pada selaput lendir vagina atau tanpa mengenai kulit perineum, Tingkat 2 mengenai selaput lendir vagina dan otot perineum transversalis tapi tidak mengenai sphingter ani, Tingkat 3 mengenai seluruh perineum dan otot sphingter ani, Tingkat 4 sampai ke mukosa rectum.

e) Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus

Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan (Maritalia, 2017:52-54).

2.3.10 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas minimal 3 kali yaitu :Kunjungan pertama (6 jam – 3 hari),Kunjungan kedua (4-28 hari) dan Kunjungan ketiga (29-42 hari) (Yudianti, 2017:74).

Kunjungan pada masa nifas :

1. Kunjungan ke-1 (6-3 hari setelah persalinan) :
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - c) Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga.
 - d) Pemberian ASI awal.
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f) Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi, dan
 - g) Tinggal bersama ibu dan bayi selama 2 jam pertama setelah melahirkan (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 201987-88).
2. Kunjungan ke-2 (4-28 hari setelah persalinan) :
 - a) Memastikan involusio berjalan normal.
 - b) Uterus berkontraksi.
 - c) Fundus di bawah umbilicus.
 - d) Tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
 - e) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan.

- f) Memastikan ibu cukup mendapatkan nutrisi, cairan, dan istirahat.
- g) Memastikan ibu menyusui dengan baik.
- h) Memberi konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi.
- i) Memastikan tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat, dan
- j) Menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:88).

3. Kunjungan ke-3 (29-42 hari setelah persalinan), sama seperti kunjungan ke dua yaitu :

- a) Memastikan involusio berjalan normal.
- b) Uterus berkontaksi
- c) Fundus di bawah umbilicus.
- d) Tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
- e) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan.
- f) Memastikan ibu cukup mendapatkan nutrisi, cairan dan istirahat.
- g) Memastikan ibu menyusui dengan baik.
- h) Memberi konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi.

- i) Memastikan tidak ada tanda-tanda infeksi pada tali pusat.
- j) Menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- k) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang di alaminya dan bayinya, dan
- l) Memberi konseling untuk KB secara dini (Munthe,Juliana,kismiasih Adethia, 2019:88-89).

2.3.11 Pelayanan Ibu Nifas pada Masa COVID-19

A. Panduan Pelayanan Masa Nifas Pada Masa COVID-19

1. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan / tanda bahaya pada ibu segera ke fasyankes.
2. Pelayanan nifas dengan membuat janji melalui Telepon/WA.
3. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid +).
4. Pelayanan nifas dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19.

5. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS.
6. Konsultasi nifas, konseling laktasi dilaksanakan secara on-line.
7. Ibu nifas, pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19 (Nurjismi, 2020:25).

B. Pelayanan Pasca Salin

1. Pelayanan pasca salin (ibu nifas) dalam kondisi normal tidak terpapar COVID-19: kunjungan minimal dilakukan *minimal 4 kali*.
2. Pelayanan KB pasca persalinan diutamakan menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), dilakukan dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan serta menggunakan APD yang sesuai dengan jenis pelayanan.

Tabel 2.6
Pelayanan Pasca Salin Berdasarkan Zona

Jenis Pelayanan	Zona Hijau (Tidak Terdampak/Tidak Ada Kasus)	Zona Kuning (Risiko Rendah), Orange (Risiko Sedang), Merah (risiko Tinggi)
Kunjungan 1 : 6 jam-2 hari Setelah Persalinan	Kunjungan nifas 1 bersamaan dengan kunjungan neonatal 1 dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.	
Kunjungan 2 : 3-7 hari Setelah Persalinan Kunjungan 3 : 8-28 hari Setelah Persalinan Kunjungan 4 : 29-42 hari Setelah Persalinan	Pada kunjungan nifas 2,3 dan 4 bersamaan dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan. Apabila diperlukan dapat dilakukan kunjungan ke Fanyankes dengan didahului janji temu/teleregistrasi.	Pada kunjungan nifas 2,3 dan 4 dilakukan melalui media komunikasi / secara daring, baik untuk pemantauan maupun edukasi. Apabila sangat diperlukan dapat dilakukan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan didahului dengan janji temu dan menerapkan protokol kesehatan baik tenaga kesehatan maupun ibu dan keluarga.

Sumber : (E. Mulati, 2020:45).

3. Ibu nifas dengan status suspek, *probable*, dan terkonfirmasi COVID-19 setelah pulang ke rumah melakukan isolasi mandiri selama 14 hari.

Kunjungan nifas dilakukan setelah isolasi mandiri selesai.

4. Ibu nifas dan keluarga diminta mempelajari dan menerapkan buku KIA dalam perawatan nifas di kehidupan sehari-hari, termasuk mengenali tanda bahaya pada masa nifas. Jika ada ketuban atau tanda bahaya harus segera memeriksakan diri ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

5. KIE disampaikan kepada ibu nifas pada kunjungan pasca salin (kesehatan ibu nifas) :

- a) Higiene sanitasi diri dan organ genitalia.
- b) Kebutuhan gizi ibu nifas.
- c) Perawatan payudara dan cara menyusui.
- d) Istirahat, mengelola rasa cemas dan meningkatkan peran keluarga dalam pemantauan kesehatan ibu.

e) KB pasca persalinan : pada ibu suspek, *probable*, atau terkonfirmasi COVID-19. Pelayanan KB selain AKDR pascaplasenta atau sterilisasi bersamaan dengan seksio sesaria, dilakukan setelah pasien dinyatakan sembuh (E. Mulati, 2020:44-46).

2.4 Konsep Dasar Neonatus

2.4.1 Pengertian Neonatus

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan kehamilan atau masa gestasinya dinyatakan cukup bulan (*aterm*) yaitu 36-40 minggu (Muzayyarah, 2019:28).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:1).

Neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:1).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (Enggar, 2018:431).

2.4.2 Kriteria Bayi Baru Lahir Normal

Kriteria bayi baru lahir normal adalah :

- A. Berat badan 2500-3000 gram.
- B. Panjang badan lahir 48-50 cm.
- C. Lingkar dada 32-42 cm.
- D. Lingkar kepala 33-35 cm.

- E. Bunyi jantung dalam menit pertama +- 180 kali/ menit, kemudian menurun sampai 120-140 kali/menit pada bayi berumur 30 menit.
- F. Pernafasan cepat pada menit pertama cepat kira-kira 80 kali/menit, disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan intercostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit
- G. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi verniks kaseosa.
- H. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- I. Kuku telah agak panjang dan lunak.
- J. Genetalia : labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan). Testis sudah turun (pada laki-laki).
- K. Reflex isap dan menelan sudah terbentuk.
- L. Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket(Enggar, 2018:431-432).

2.4.3 Tanda Bahaya Yang Harus Diwaspadai Pada Bayi Baru

Lahir

- A. Pernafasan : sulit / >60x/ menit.
- B. Kehangatan : terlalu panas (>38°C atau terlalu dingin <36°C)
- C. Warna : kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru/pucat, memar.
- D. Pemberian makan : hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- E. Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
- F. Infeksi : suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan nanah, bau busuk, pernafasan sulit.
- G. Tinja / kemih : tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, kering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.
- H. Aktivitas : menggigil, atau tangis tidak bisa, sangat mudah tersinggung lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus(Enggar, 2018:435-436).

2.4.4 Adaptasi Fisiologis Neonatus

Adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini juga disebut juga Homeostatis.

Homeostatis adalah kemampuan mempertahankan fungsi-fungsi vital, bersifat dinamis, dipengaruhi oleh tahap pertumbuhan dan perkembangan, termasuk masa pertumbuhan dan perkembangan in utero (Muzayyaroh, 2019:28).

Beberapa perubahan fisiologis yang dialami bayi baru lahir adalah :

1. Perubahan Sistem Pernapasan / respirasi

Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru .

a) Perkembangan paru-paru

Paru paru berasal dari titik tumbuh yang muncul dari pharynx yang bercabang dan kemudian bercabang kembali membentuk struktur percabangan bronkus proses ini terus berlanjut sampai sekitar usia 8 tahun, sampai jumlah bronkus dan alveolus akan sepenuhnya berkembang.

b) Awal adanya nafas

Faktor-faktor yang berperan pada rangsangan nafas pertama bayi adalah :

1) Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pernafasan di otak.

2) Tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru-paru selama persalinan, yang merangsang masuknya udara ke dalam paru-paru secara mekanis.

Interaksi antara sistem pernapasan, kardiovaskuler dan susunan saraf pusat menimbulkan pernapasan yang teratur dan berkesinambungan serta denyut yang diperlukan untuk kehidupan.

3) Penimbunan karbondioksida (CO₂)

Setelah bayi lahir, kadar CO₂ meningkat dalam darah dan akan merangsang pernafasan.

Berkurangnya O₂ akan mengurangi gerakan pernafasan janin, tetapi sebaliknya kenaikan O₂ akan menambah frekuensi dan tingkat gerakan pernafasan janin.

4) Perubahan suhu

Keadaan dingin akan merangsang pernafasan.

5) Surfaktan dan upaya respirasi untuk bernapas.

Upaya pernapasan pertama seorang bayi berfungsi untuk:

- (a) Mengeluarkan cairan dalam paru-paru.
- (b) Mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali.

Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat surfaktan (*lemak lesitin/ sfingomielin*) yang cukup dan aliran darah ke paru-paru.

6) Dari cairan menuju udara

Bayi cukup bulan mempunyai cairan di paru-parunya. Pada saat bayi melewati jalan lahir selama persalinan, sekitar sepertiga cairan ini diperas keluar dari paru-paru. Seorang bayi yang dilahirkan secara *sectio cesaria* kehilangan keuntungan dari kompresi rongga dada dan dapat menderita paru-paru basah dalam jangka waktu lebih lama.

7) Fungsi sistem pernapasan dan kaitannya dengan fungsi kardiovaskuler. Oksigen yang memadai merupakan faktor yang sangat penting dalam mempertahankan kecukupan pertukaran udara. Jika terdapat hipoksia, pembuluh darah paru-paru

akan mengalami vasokonstriksi. Jika hal ini terjadi, berarti tidak ada pembuluh darah yang terbuka guna menerima oksigen yang berada dalam alveoli, sehingga menyebabkan penurunan oksigen jaringan, yang akan memperburuk hipoksia (Muzayyarah, 2019:32-34).

8) Perubahan pada Sistem Peredaran Darah

Untuk membuat sirkulasi yang baik, kehidupan diluar rahim harus terjadi 2 perubahan besar :

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

Dua peristiwa yang merubah tekanan dalam sistem pembuluh darah :

- (1) Pada saat tali pusat dipotong resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun, tekanan atrium menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan aliran atrium kanan itu sendiri. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen

sedikit mengalir ke paru-paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.

(2) Pernafasan pertama menurunkan resistensi pada pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan pada atrium kanan oksigen pada pernafasan ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan dengan peningkatan tekanan atrium kanan ini dan penurunan pada atrium kiri, foramen kanan ini dan penutupan pada atrium kiri, foramen ovali secara fungsional akan menutup.

9) Perbedaan sirkulasi darah fetus dan bayi.

a) Sirkulasi darah fetus

b) Struktur tambahan pada sirkulasi fetus

(a) Vena umbilicalis : membawa darah yang telah mengalami deoksigenasi dari plasenta ke permukaan dalam hepar.

(b) Ductus venosus : meninggalkan vena umbilicalis sebelum mencapai hepar dan mengalirkan sebagian besar darah baru

yang mengalami oksigenasi ke dalam vena cava inferior.

(c) Foramen ovale : merupakan lubang yang memungkinkan darah lewat atrium dextra ke dalam ventriculus sinistra.

(d) Ductus atreiosus : merupakan *bypase* yang terbentang dari ventriculus dexter dan aorta desendens.

(e) Arteri hypogastica : dua pembuluh darah yang mengembalikan darah dari fetus ke plasenta. Pada feniculus umbilicus, arteri ini dikenal sebagai arteri umbilicalis. Di dalam tubuh fetus arteri tersebut dikenal sebagai arteri hypogastica.

c) Sistem sirkulasi fetus

1) Vena umbilicalis : membawa darah yang kaya oksigen dari plasenta ke permukaan dalam hepar. Vena hepatica meninggalkan hepar dan mengembalikan darah ke vena cava inferior.

2) Ductus venosus : adalah cabang-cabang dari vena umbilicalis dan mengalirkan

sejumlah besar darah yang mengalami oksigenasi ke dalam vena cava inferior.

3) Vena cava inferior : telah mengalirkan darah yang telah beredar dalam ekstremitas inferior dan badan fetus, menerima darah dari vena hepatica dan ductus venosus dan membawanya ke atrium dextrum.

4) Foramen ovale : memungkinkan lewatnya sebagian besar darah yang mengalami oksigenasi dalam ventriculus dextra untuk menuju ke atrium sinistra, dari sini darah melewati valvula mitralis ke ventriculus sinister dan kemudian melalui aorta masuk kedalam cabang ascendensnya untuk memasok darah bagi kepala dan ekstremitas superior. Dengan demikian hepar, jantung dan serebrum menerima darah yang mengalami oksigenasi.

5) Vena cava superior : mengembalikan darah dari kepala dan ekstremitas superior ke atrium dextrum. Darah ini bersama sisa aliran yang dibawa oleh vena cava inferior

melewati valvula tricuspidallis masuk ke dalam ventriculus dexter.

6) Arteri pulmonalis : mengalirkan darah campuran ke paru-paru yang nonfungsional, yang hanya memerlukan nutrien sedikit.

7) Ductus arteriosus : mengalirkan sebagian besar darah dari vena ventriculus dexter ke dalam aorta descendens untuk memasok darah bagi abdomen, pelvis dan ekstremitas inferior.

8) Arteria hypogastrica : merupakan lanjutan dari arteria illiaca interna, membawa darah kembali ke plasenta dengan mengandung lebih banyak oksigen dan nutrien yang dipasok dari peredaran maternal.

10) Perubahan pada saat lahir

Penghentian pasokan darah dari plasenta.

(a) Pengembangan dan pengisian udara pada paru-paru.

(b) Penutupan foramen ovale.

(c) Fibrosis (Muzayyaroh, 2019:34-36).

11) Suhu Tubuh

Bayi baru lahir belum dapat mengatur suhu tubuhnya, sehingga akan mengalami stress dengan adanya perubahan lingkungan dari dalam rahim ibu ke lingkungan luar yang suhunya lebih tinggi.

Terdapat empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi kehilangan panas yaitu :

(a) Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas dari objek hangat dalam kontak langsung dengan objek yang lebih dingin.

Sebagai contoh, konduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa alas timbangan, memegang bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

(b) Radiasi

Kehilangan panas melalui radiasi terjadi ketika panas dipancarkan dari bayi baru lahir keluar dari tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda).

Contohnya, membiarkan bayi baru lahir dalam ruangan ber AC tanpa pemanas, membiarkan bayi baru lahir dalam keadaan telanjang, atau menidurkan bayi baru lahir berdekatan dengan ruangan yang dingin.

(c) Konveksi

Konveksi terjadi saat panas hilang dari tubuh bayi ke udara di sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara).

Contohnya konveksi dapat terjadi ketika membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, atau membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas.

(d) Evaporasi

Adalah jalan utama bayi kehilangan panas, jika saat lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan dapat terjadi kehilangan panas tubuh bayi sendiri (Muzayyaroh, 2019:36-37).

12) Perubahan sistem gastrointestinal

Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah

dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan “gumoh” pada bayi baru lahir cukup bulan. Pengaturan makanan yang sering oleh bayi sendiri penting contohnya memberi ASI on demand (Muzayyaroh, 2019:38).

13) Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari orang dewasa sehingga metabolisme basal per kg BB akan lebih besar. Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapatkan susu kurang lebih pada hari keenam, pemenuhan kebutuhan energy bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% didapatkan dari karbohidrat (Muzayyaroh, 2019:38).

14) Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir relatif mengandung lebih banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas.

Fungsi ginjal belum sempurna karna jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, keseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal serta *renal Blood flow* relatif kurang bila dibandingkan orang dewasa (Muzayyarah, 2019:38).

15) Kesimbangan asam basa

Tingkat keasaman (PH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikosis anaerobik. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengkompensasi asidosis ini (Muzayyarah, 2019:39).

16) Sistem kekebalan tubuh / iman

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang di dapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi.

Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

- (a) Perlindungan oleh kulit membran mukosa.
- (b) Fungsi saringan saluran napas.

(c) Pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus.

(d) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung (Muzayyarah, 2019:39).

2.4.5 Asuhan Pada BBL Risiko Tinggi dan Penatalaksanaannya

A. Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR)

1. Konsep Dasar

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2.500 gram (sampai dengan 2.499 gram) (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:343).

2. Klasifikasi

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

a) Bayi Prematur Sesuai Masa Kehamilan (SMK)

Terdapat derajat prematuritas, menurut Usher digolongkan menjadi 3 kelompok :

Bayi sangat Prematur (*extremely premature*) : 24-30 minggu, Bayi Prematur Sedang (*moderately premature*) : 31-36 minggu, *Borderline Premature* : 37-38 minggu. Bayi ini mempunyai sifat premature dan mature, Beratnya seperti bayi matur

akan tetapi sering timbul masalah seperti yang dialami bayi prematur misalnya gangguan pernapasan, hiperbilirubinemia dan daya isap yang lemah.

b) Bayi Prematur Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK)

Banyak istilah yang dipergunakan untuk menunjukkan bahwa bayi KMK ini dapat menderita gangguan pertumbuhan di dalam uterus (*intrauterine growth retardation* = IUGR).

Ada dua bentuk IUGR, yaitu ;

- 1) *Proportinate* IUGR : Janin menderita distress yang lama, gangguan pertumbuhan terjadi berminggu-minggu sampai berbulan-bulan sebelum bayi lahir. Sehingga berat, panjang dan lingkaran kepala dalam proporsi yang seimbang, akan tetapi keseluruhannya masih di bawah masa gestasi yang sebenarnya.
- 2) *Disproportinate* IUGR :Terjadi akibat distress sub akut. Gangguan terjadi beberapa minggu beberapa hari sebelum janin lahir.Pada keadaan ini panjang dan lingkaran kepala normal, akan tetapi berat tidak sesuai dengan

masa gestasi. Tanda-tanda sedikitnya jaringan lemak di bawah kulit, kulit kering, keriput dan mudah diangkat, bayi kelihatan kurus dan lebih panjang.

3. Penatalaksanaan

Perawatan pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) :

- a) Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat, BBLR mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.
- b) Mencegah infeksi dengan ketat. BBLR sangat rentan dengan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
- c) Pengawasan nutrisi/ASI. Refleks menelan BBLR belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.
- d) Penimbangan ketat.
- e) Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain yang kering dan bersih, pertahankan suhu tetap hangat.
- f) Kepala bayi ditutup topi, beri oksigen bila perlu.
- g) Tali pusat dalam keadaan bersih.

h) Beri minum dengan sonde/tetes dengan pemberian ASI.

i) Bila tidak mungkin infuse dekstose 10% + bicarbonas natricus 1,5% = 4:1 = 60 cc/kg/hari (kolaborasi dengan dokter) dan berikan antibiotik.

B. Asfiksia Neonatorium

1. Konsep Dasar

Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi tidak dapat segera bernafas secara spontan dan teratur setelah lahir (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:350).

2. Patofisiologi

Penyebab asfiksia dapat berasal dari faktor ibu, janin, dan plasenta. Adanya hipoksia dan iskemia jaringan menyebabkan perubahan fungsional dan biokimia pada janin. Faktor ini yang berperan pada kejadian asfiksia (Maternity, 2018:230).

3. Gejala klinis

Bayi tidak bernafas atau nafas megap-megap, denyut jantung kurang dari 100 x/menit, kulit sianosis, pucat, tonus otot menurun, tidak ada respons terhadap refleks rangsangan (Maternity, 2018:230).

4. Diagnosis

Anamnesis : gangguan / kesulitan waktu lahir tidak bernapas/menangis(Maternity, 2018:230).

Pemeriksaan fisik :

Tabel 2.7
Nilai Apgar

Klinis	0	1	2
Detak jantung	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100x/menit
Pernapasan	Tidak ada	Tak teratur	Tangis kuat
Refleks saat jalan napas dibersihkan	Tidak ada	Menyeringai	Batuk /bersin
Tonus otot	Lunglai	Fleksi ekstimitas (lemah)	Fleksi kuat gerak aktif
Warna kulit	Biru pucat	Tubuh merah ekstrimitas biru	Merah seluruh tubuh

Sumber :(Maternity, 2018:230).

Nilai 0-3 : Asfiksia berat

Nilai 4-6 : Asfiksia sedang

Nilai 7-10 : Normal

Dilakukan pemantauan nilai Apgar pada menit ke-1 dan menit ke-5. Bila nilai Apgar 5 menit masih kurang dari 7, penilaian dilanjutkan tiap 5 menit sampai skor mencapai 7. Nilai Apgar berguna untuk menilai keberhasilan resusitasi dimulai 30 detik setelah lahir bila bayi tidak menangis (bukan satu menit seperti penilaian skor Apgar)(Maternity, 2018:231).

Pemeriksaan penunjang :

- a) Foto polos dada.
- b) USG kepala.
- c) Laboratorium : darah rutin, analisis gas darah, serum elektrolit.

Penyulit meliputi berbagai organ yaitu :

- 1) Otak : hipoksik iskemik ensefalopati, edema serebri, palsy serebralis.
 - 2) Jantung dan paru : hipertensi pulmonal persisten pada neonatus, perdarahan paru, edema paru.
 - 3) Gastrointestinal : enterokolitis nekrotikans.
 - 4) Ginjal : tubular nekrosis akut, SIADH.
 - 5) Hematologi : DIC (Maternity, 2018:231).
5. Penatalaksanaan
- a) Tindakan umum

Bersihkan jalan nafas : kepala bayi diletakkan lebih rendah agar lendir mudah mengalir, bila perlu digunakan larinoskop untuk membantu penghisapan lendir dari saluran nafas yang lebih dalam.

Rangsang refleks pernafasan : dilakukan setelah 20 detik bayi tidak memperlihatkan bernafas dengan cara memukul kedua telapak kaki menekan tanda achilles, mempertajamkan suhu tubuh.

b) Tindakan khusus / asuhan yang diberikan oleh bidan

Pada kasus asfiksia berat : berikan O₂ dengan tekanan positif dan intermiten melalui pipa endotrakeal, dapat dilakukan dengan tiupan udara yang telah diperkaya dengan O₂. Tekanan O₂ yang diberikan tidak 30 cm H₂O. Bila pernafasan spontan tidak timbul lakukan massage jantung dengan ibu jari yang menekan pertengahan sternum 80-100 x/menit.

Asfiksia sedang/ringan : pasang relkiek pernafasan (hisap lendir, rangsang nyeri) selama 30-60 detik,. Bila gagal lakukan pernapasan kodok (Frog breathing) 1-2 menit yaitu : kepala bayi ekstensi maksimal beri O₂ 1-2 l/menit melalui kateter dalam hidung, buka tutup mulut dan hidung serta gerakkan dagu ke atas bawah secara teratur 20x/menit.

c) Langkah-langkah resusitasi pada asfiksia neonatorum

1) Lakukan penilaian : apakah BBL bernafas atau menangis ? apakah cairan ketuban berwarna hijau ?.

- 2) Jika bayi tidak bernafas atau mengalami kesulitan bernafas, maka lakukan langkah awal. Cegah kehilangan panas dengan meletakkan pada tempat yang kering dan hangat, mengatur posisi bayi, bersihkan jalan nafas dengan menghisap mulut dan hidung, mengeringkan sambil melakukan rangsangan taktil, lakukan penilaian.
- 3) Jika bayi bernafas dengan baik : maka lakukan asuhan normal bayi baru lahir : keringkan dan hangatkan, kontak kulit ibu ke kulit bayi, berikan inisiasi menyusui dini.
- 4) Jika bayi tidak bernafas normal atau megap-megap, maka lakukan resusitasi dengan ventilasi positif memakai balon dan sungkup : jelaskan keadaan bayi dari tindakan, pasang sungkup menutupi hidung dan mulut bayi, lakukan pengujian ventilasi 2 x, bila dada tidak mengembang, periksa / lihat kepala dan sungkup, apakah ada lender dalam mulut bayi, kemudian lakukan ventilasi 40 x dalam 60 detik sambil memantau gerakan naik turun dada, dilanjutkan dengan penilaian pernafasan

dalam 10 detik, dneyut jantung dalam 10 detik dan warna kulit, bila tidak terjadi pernafasan spontan setelah 2-3 menit, rujuk, teruskan ventilasi selama menuju fasilitas rujukan, dan lakukan penilaian sampai pernapasan spontan terjadi.

- 5) Jika bayi bernafas dengan baik nafas normal, 30-60 kali per menit, tidak ada cekungan dada, maka lakukan asuhan normal bayi baru lahir : keringkan dan hangatkan, kontak kulit ibu ke kulit bayi, lakukan inisiasi menyusu dini.
- 6) Jika bayi tidak bernafas setelah 20 menit : hentikan resusitasi, beri dukungan pada ibu dan keluarga (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:350-353)

C. Ikterus

1. Konsep Dasar

Ikterus adalah menguningnya sklera, kulit atau jaringan lain akibat penimbunan bilirubin dalam tubuh atau akumulasi bilirubin dalam darah lebih dari 5 mg/dl dalam 24 jam, yang menandakan terjadinya gangguan fungsional dan hepar, sistem biliary, atau sistem hematologi. Ikterus dapat terjadi baik karena

peningkatan bilirubin indirek (*unconjugated*) dan direk (*conjugated*) (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:367-368).

2. Rencana asuhan yang dilakukan oleh bidan :

- a) Pemberitahuan kepada keluarga tentang kondisi bayi.
- b) Berikan obat oral yang telah di instruksikan oleh dokter dengan prinsip 5 B, benar obat, benar dosis, benar pasien, benar cara pemberian, benar waktu pemberian.
- c) Jamur bayi tiap pagi di bawah sinar matahari dengan menutup mata dan genital bayi memakai kertas karbon yang dilapisi oleh kain kassa, dan posisi bayi selalu di rumah untuk mencegah decubitus dan sinar ultraviolet dapat merata keseluruh tubuh.
- d) Berikan ibu penjelasan pentingnya pemberian minung segera adekuat dan berikan ASI saja dan bantu ibu saat memberi ASI.
- e) Jika bayi dilakukan fototerapi, posisi bayi selalu di rubah untuk mencegah decubitus dan sinar ultraviolet dapat merata ke seluruh tubuh.

- f) Awasi efek samping dari pemberian fototerapi yaitu buang air besar lebih sering dan encer sehingga cegah bayi jangan sampai dehidrasi.
- g) Awasi kemungkinan kulit bayi mengalami perubahan kulit yang berlebihan, laporkan kepada dokter jika hal ini terjadi (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:373-374).

D. Perdarahan Tali Pusat

1. Konsep Dasar

Perdarahan tali pusat dapat disebabkan oleh trauma, ikatan tali pusat yang longgar, atau kegagalan pembentukan thrombus yang normal (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019).

2. Penatalaksanaan

- a) Pada perdarahan umbilikus akibat ikatan yang longgar, dapat di kencangkan kembali pengikat tali pusat. Perdarahan juga dapat disebabkan oleh repitan atau tarikan dari klem. Jika perdarahan tidak berhenti setelah 15-20 menit maka tali pusatnya harus segera dilakukan beberapa jahitan pada luka bekas pemotongan tersebut.

- b) Perdarahan umbilikus akibat robekan umbilikus harus segera dijahit. Kemudian segera lakukan rujukan untuk mengetahui apakah ada kelainan lain seperti kelainan anatomik pembuluh darah sehingga dapat segera dilakukan tindakan oleh dokter atau rumah sakit.
- c) Perdarahan pada abrupsi plasenta, plasenta previa dan kelainan lainnya, bidan harus segera merujuk. Bahkan rujukan lebih baik segera dilakukan jika kelainan tersebut sudah diketahui sebelum bayi lahir sehingga dapat dilakukan tindakan sesegera mungkin untuk membuat peluang bayi lahir hidup lebih besar (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:375-376).

2.4.6 Bayi Baru Lahir Bermasalah

Kelainan-kelainan pada Bayi Baru Lahir

A. Bibir sumbing

Celah bibir dan celah langit-langit adalah suatu kelainan bawaan yang terjadi pada bibir bagian atas serta langit-langit lunak dan langit-langit keras mulut. Celah bibir (*Bibir sumbing*) adalah suatu ketidak sempurnaan pada penyambungan bibir bagian atas, yang biasanya berlokasi tepat di bawah hidung. Celah langit-langit adalah suatu

saluran abnormal yang melewati langit-langit mulut dan menuju ke saluran udara di hidung (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:19).

B. Sindroma Pierre Robin

Sindroma Pierre Robin adalah sekelompok kelainan yang terutama ditandai dengan adanya rahang bawah yang sangat kecil dengan lidah yang jatuh ke belakang dan mengarah ke bawah. Bisa juga disertai dengan tingginya lengkung langit-langit mulut atau celah langit-langit (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:19-20).

C. Trauma pada Bayi Baru Lahir

Trauma lahir adalah trauma pada bayi yang diterima dalam atau karena proses kelahiran. Istilah trauma lahir digunakan untuk menunjukkan trauma mekanik dan anoksik, baik yang dapat dihindarkan maupun yang tidak dapat dihindarkan, yang didapat pada masa persalinan dan kelahiran. Beberapa kondisi karena trauma pada bayi baru lahir :

D. Perlukaan kulit

Kelainan ini mungkin timbul pada persalinan yang mempergunakan alat-alat seperti cunam atau vakum. Infeksi sekunder merupakan bahaya yang dapat timbul pada kejadian ini. Karena itu, kebersihan dan pengeringan

kulit yang terluka perlu diperhatikan. Bila perlu dapat juga digunakan obat-obat antiseptik lokal. Biasanya diperlukan waktu 6-8 minggu untuk penyembuhan.

E. Eritema, Ptekieae, Abrasi, Ekimosis dan Nekrosis lemak Subkutan.

Jenis persalinan yang sering menyebabkan kelainan ini dengan ekstraksi cunam dan ekstraksi vakum.

F. Perdarahan subaponeurotik

Perdarahan ini terjadi di bawah aponeurosis akibat pecahnya vena-vena yang menghubungkan jaringan di luar dengan sinus-sinus di dalam tengkorak. Kelainan ini dapat menimbulkan anemia, syok, atau hiperbilirubinemia. Pemberian vitamin K dianjurkan pada perdarahan ringan, dengan dosis 1-2 mg/kg BB/hari selama tiga hari dan transfusi darah bila diperlukan.

G. Trauma M. Sternokleidomastoideus

Kelainan ini didapat pada persalinan sungsang karena usaha untuk melahirkan kepala bayi.

H. Capus Succedaneum

Merupakan edema subcutis akibat penekanan jalan lahir pada persalinan letak kepala, Merupakan edema subcutis akibat penekanan jalan lahir pada persalinan letak kepala, berbentuk benjolan yang segera tampak setelah bayi lahir.

I. Cephal hematoma

Istilah cephal hematoma mengacu pada pengumpulan darah di atas tulang tengkorak yang disebabkan oleh perdarahan subperiosteal dan berbatas-berbatas tegas dan melewati batas sutura.

J. Fraktur klavikula

Fraktur ini merupakan jenis yang tersering pada bayi baru lahir, yang mungkin terjadi apabila terdapat kesulitan mengeluarkan bahu pada persalinan.

K. Fraktur humeri

Kelainan ini terjadi pada kesalahan teknik dalam melahirkan lengan pada presentasi puncak kepala atau letak sungsang dengan lengan membumbung ke atas.

L. Fraktur tulang tengkorak

Kebanyakan fraktur tulang tengkorak terjadi akibat kelahiran pervaginam sebagai akibat penggunaan cunam atau forceps yang salah, atau dari simpisis pubis, promontorium, atau spina ischiadica ibu pada persalinan dengan disproporsi sefalopelvik.

M. Fraktur femoralis

Kelainan ini jarang terjadi, dan bila ditemukan biasanya disebabkan oleh kesalahan teknik dalam pertolongan pada presentasi sungsang.

N. Fraktur dan dislokasi tulang belakang

Kelainan ini jarang ditemukan dan biasanya terjadi jika dilakukan traksi kuat untuk melahirkan kepala janin pada presentasi sungsang atau untuk melahirkan bahu pada presentasi kepala.

O. Perlukaan susunan saraf

Paralis nervus facialis : Kelainan ini terjadi akibat tekanan perifer pada nervus facialis saat kelahiran (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:20-25).

2.4.7 Macam-macam Makanan Bayi

Orang tua juga perlu mengetahui beberapa macam makanan bagi bayi, adapun macam makanan tersebut sebagai berikut :

A. ASI

Bagaimanapun ASI adalah asupan terpenting pada bayi. Selain mengandung semua zat gizi yang diperlukan untuk tumbuh kembang bayi, ASI juga mengandung macam-macam substansi anti-infeksi yang mampu melindungi bayi terhadap berbagai infeksi.

Masuk usia bayi 4 bulan, bayi memerlukan makanan tambahan seperti bubur susu, biskuit, dan buah-buahan. Kemudian bubur saring (nasi tim yang dihaluskan mulai usia 6 bulan dan di usia 9 bulan sudah bisa diberikan nasi tim.

B. Susu Formula

Ibu bisa mengombinasikan ASI dengan susu formula, tetapi sebaiknya pilih susu formula yang komposisinya paling mirip ASI.

C. Buah-buahan

Selain menjadi sumber vitamin dan mineral, buah-buahan juga menjadi sumber serat yang bagus. Menginjak usia 6-8 bulan, bayi bisa diberikan buah-buahan seperti jeruk, pepaya, pisang, dan tomat.

D. Makanan padat

Masuk usia 4-5 bulan, bayi sudah bisa diberikan makanan padat. Makanan padat pertama yang diperkenalkan hendaknya masih dalam bentuk lunak agar mudah dicerna bayi, bisa berupa dalam bentuk bubur susu.

E. Makanan selingan

Makanan selingan untuk bayi biasanya hadir berupa biskuit yang memang dibuat khusus untuk bayi. Saat bayi biskuit bisa dicampur menggunakan air matang biskuit dalam bentuk kepingan. Hal tersebut lebih baik dilakukan karena dapat melatih ketrampilan jari jemari tangannya, serta merangsang pertumbuhan gigi pada bayi.

Selain usia 6 bulan, bayi sudah dapat diberikan makanan lain seperti roti, agar-agar, puding, bubur kacang hijau, dan lain-lainnya (Winarsih, 2018: 146-148).

2.4.8 Imunisasi Pada Neonatus

A. Definisi

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resisten. Anak di imunisasi, berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak kebal atau resisten terhadap suatu penyakit, tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:73).

B. Tujuan

Program imunisasi bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Pada saat ini penyakit-penyakit tersebut adalah disentri, tetanus, batuk rejan (pertusis), campak (measles), polio dan tuberculosis (Rukiyah, Al Yeyeh, 2019:75).

C. Sasaran

Program imunisasi di Indonesia merupakan program unggulan untuk mencegah angka kematian pada bayi, anak bawah tiga tahun, bawah lima tahun, program ini akan mencakup beberapa jenis imunisasi, sementara sasaran dari program itu sendiri antara lain mencakup :

bayi dibawah umur 1 tahun (0-11 bulan), ibu hamil (awal kehamilan 8 bulan), wanita usia subur (calon mempelai wanita). Anak sekolah dasar (kelas I-VI).

D. Jenis kekebalan

1. *Kekebalan tidak spesifik (non specific resistance)*

artinya pertahankan tubuh pada manusia yang secara alamiah dapat melindungi badan dari suatu penyakit.

Misalnya kulit, air mata, cairan-cairan khusus yang keluar dari perut (usus), adanya refleks-refleks tertentu.

2. *Kekebalan spesifik (specific resistance)*, dapat diperoleh dari 2 sumber, yakni :

a) Genetik, kekebalan yang berasal dari sumber genetik ini biasanya berhubungan dengan ras (warna kulit dan kelompok-kelompok etnis, misalnya orang kulit hitam (negro) cenderung lebih resisten terhadap penyakit malaria jenis vivax.

b) Kekebalan yang diperoleh (acquired immunity), kekebalan ini diperoleh dari luar tubuh anak atau orang yang bersangkutan. Misalnya anak yang telah sembuh dari prnyakit campak, ia akan kebal terhadap penyakit campak

3. *Kekebalan masyarakat (heard immunity)*, kekebalan yang terjadi pada tingkat komunitas disebut *heard immunity*. Apabila *heard immunity* di masyarakat rendah, masyarakat tersebut akan mudah terjadi wabah. Sebaliknya apabila *heard immunity* tinggi maka wabah jarang terjadi pada masyarakat tersebut.

2.4.9 Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal minimal 3 kali yaitu :Kunjungan pertama (6 jam sampai 48 jam), Kunjungan kedua (hari ke-3 sampai hari ke-7), Kunjungan ketiga (hari ke-8 sampai hari ke-28) (Hardianti, 2019:8).

A. Kunjungan neonatal 1 (KN 1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir :

1. Mempertahankan suhu tubuh bayi.
2. Pemeriksaan fisik bayi.
3. Dilakukan pemeriksaan fisik : telinga, mata, hidung, leher, dada.
4. Konseling : jaga kehangatan, pemberian ASI sulit, kesulitan bernafas, warna kulit abnormal.

B. Kunjungan neonatal II (KN 2) pada hari ke-3 sampai hari ke-7.

- a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
- b) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, dan diare.
- c) Memberikan ASI bayi disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam.
- d) Menjaga suhu tubuh bayi.
- e) Menjaga kehangatan bayi.
- f) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi, dan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA.
- g) Diberitahukan teknik menyusui yang benar.

C. Kunjungan neonatal III (KN 3) pada hari ke-8 sampai hari ke-28

- 1) Pemeriksaan fisik.
- 2) Menjaga kebersihan bayi.
- 3) Memberitahukan ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir.
- 4) Memberikan ASI minimal 10-15 kali dalam 24 jam.
- 5) Menjaga kehangatan bayi.
- 6) Menjaga suhu tubuh bayi.

- 7) Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG (Rumsarwir, 2018).

2.4.10 Pelayanan Bayi Baru Lahir Di Masa COVID-19

A. Bagi Bayi Baru Lahir

1. Bayi baru lahir telah mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0-6 jam) seperti pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik dan pemberian imunisasi hepatitis B.
2. Setelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan.
3. Pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau kunjungan neonatal (KN) tetap dilakukan sesuai jadwal dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dengan melakukan upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas ataupun ibu dan keluarga. Waktu kunjungan neonatal yaitu :
 - a) KN 1 : pada periode 8 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir.

b) KN 2 : Pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir.

c) KN 3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir.

4. 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 bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke rumah sakit (Erna Mulati, 2020:4-5).

B. Panduan Pelayanan Bayi Baru Lahir oleh Bidan Pada Masa Pandemi COVID-19.

1. Pelayanan BBL, dengan membuat janji melalui telepon/WA.
2. Pelayanan BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19.
3. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS.

4. Lakukan Asuhan esensial Bayi Baru Lahir. Imunisasi tetap diberikan sesuai rekomendasi PP IDAI (Nurjismi, 2020:25).

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah suatu upaya yang dilakukan manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga secara tidak melawan hukum dan moral Pancasila untuk kesejahteraan keluarga (Maritalia, 2017:89).

2.5.2 Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan KB adalah membentuk keluarga bahagia dan sejahtera sesuai dengan keadaan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga agar dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Maritalia, 2017:89).

2.5.3 Jenis-Jenis Kontrasepsi

A. Kontrasepsi sederhana tanpa alat :

1. Senggama terputus

Metode kontrasepsi senggama terputus merupakan metode kontrasepsi paling tua yang pernah ada. Pada metode ini, pria mengeluarkan / menarik penisnya dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi (pelepasan

sperma ketika mengalami *orgasme*). Metode ini kurang dapat diandalkan karena sperma bisa keluar sebelum *orgasme*. Metode ini juga memerlukan pengendalian diri yang tinggi serta penentuan waktu yang tepat dari pria (Maritalia, 2017:92).

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

Manfaat kontrasepsi :

- a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar.
- b) Tidak mengganggu produksi ASI.
- c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya.
- d) Tidak ada efek samping.
- e) Dapat digunakan setiap waktu.
- f) Tidak membutuhkan biaya (Affandi Biran, 2014:MK-15).

Manfaat nonkontrasepsi :

- 1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.
- 2) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam (Affandi Biran, 2014:MK-15).

Keterbatasan :

- (a) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun).
- (b) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.
- (c) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (Affandi Biran, 2014:MK-16).

Dapat dipakai untuk :

- (1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
- (2) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain.

- (3) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.
- (4) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.
- (5) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.
- (6) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur (Affandi Biran, 2014:MK-16).

2. Pantang Berkala

Teknik pantang berkala untuk kontrasepsi

Senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina. Untuk perhitungan masa subur dipakai rumus siklus terpanjang dikurangi 11, siklus terpendek dikurangi 18. Antara kedua waktu senggama dihindari (Affandi Biran, 2014:MK-8).

Manfaat kontrasepsi :

- a) Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan.
- b) Tidak ada risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
- c) Tidak ada efek samping sistemik.

- d) Murah atau tanpa biaya(Affandi Biran, 2014:MK-8).

Manfaat nonkontrasepsi :

- 1) Meningkatnya keterlibatan suami dalam keluarga berencana.
- 2) Menambah pengetahuan tentang sistem reproduksi pada suami dan istri.
- 3) Memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami istri/pasangan(Affandi Biran, 2014:MK-8).

B. Kontrasepsi sederhana dengan alat

1. Kondom

Kondom berasal dari bahasa Latin *condus* yang berarti baki atau nampan penampung. Kondom merupakan alat kontrasepsi yang terbuat dari lateks. Untuk mencegah kehamilan, kondom dipasang pada penis atau pada vagina pada saat melakukan hubungan (Maritalia, 2017:89).

Cara kerja :

1. Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang

pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

2. Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil) (Affandi Biran, 2014:MK-18).

Manfaat kontrasepsi :

- a) Efektif bila digunakan dengan benar.
- b) Tidak mengganggu produksi ASI.
- c) Tidak mengganggu kesehatan klien.
- d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- e) Murah dan dapat dibeli secara umum.
- f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
- g) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda (Affandi Biran, 2014:MK-18).

Manfaat nonkontrasepsi :

- 1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB.
- 2) Dapat mencegah penularan IMS.
- 3) Mencegah ejakulasi dini.

- 4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks).
- 5) Saling berinteraksi sesama pasangan.
- 6) Mencegah imuno infertilitas(Affandi Biran, 2014:MK-18).

2. Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks(Affandi Biran, 2014:MK-21).

Jenis :

- a) *Flat spring (flat metal band)*.
- b) *Coil spring (coiled wire)*.
- c) *Arching spring (kombinasi metal spring)*(Affandi Biran, 2014:MK-21).

Cara kerja :

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi) dan sebagai alat tempat spermisida(Affandi Biran, 2014:MK-21).

Manfaat kontrasepsi :

- 1) Efektif bila digunakan dengan benar.
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya.
- 4) Tidak mengganggu kesehatan klien.
- 5) Tidak mempunyai pengaruh sistemik(Affandi Biran, 2014:MK-21).

Manfaat nonkontrasepsi :

- (a) Salah satu perlindungan terhadap IMS/HIV/AIDS, khususnya digunakan dengan spermisida.
- (b) Bila digunakan pada saat haid, menampung darah menstruasi(Affandi Biran, 2014:MK-21).

3. Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk :

- a) Aerosol (busa).
- b) Tablet vagina, suppositoria, atau *dissolvable film*.
- c) Krim(Affandi Biran, 2014:MK-24).

Cara kerja :

Menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan

kemampuan-kemampuan sel telur(Affandi Biran, 2014:MK-24).

Manfaat kontrasepsi :

- 1) Efektif seketika (busa dan krim).
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- 3) Bisa digunakan sebagai pendukung metode lain.
- 4) Tidak mengganggu kesehatan klien.
- 5) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- 6) Mudah digunakan.
- 7) Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual.
- 8) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus(Affandi Biran, 2014:MK25).

Manfaat nonkontrasepsi :

- (a) Merupakan salah satu perlindungan terhadap IMS termasuk HBV dan HIV / AIDS(Affandi Biran, 2014:MK-25).

4. KB suntikan kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantal dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali.

Cara kerja :

- a) Menekan ovulasi.
- b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba(Affandi Biran, 2014:MK-36).

Efektivitas :

- 1) Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan(Affandi Biran, 2014:MK-36).

Keuntungan kontrasepsi :

- (a) Risiko terhadap kesehatan kecil.
- (b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- (c) Jangka panjang.
- (d) Efek samping sangat kecil.
- (e) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik(Affandi Biran, 2014:MK-36).

Keuntungan nonkontrasepsi :

- (1) Mengurangi jumlah perdarahan.
- (2) Mengurangi nyeri saat haid.
- (3) Mencegah anemia.

- (4) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium.
- (5) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium.
- (6) Mencegah kehamilan ektopik.
- (7) Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul.
- (8) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause (Affandi Biran, 2014:MK-37).

Kerugian :

1. Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/*spotting*, atau perdarahan sela sampai 10 hari.
2. Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
3. Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
4. Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi (Fenitoin

dan Barbiturat) atau obat tuberkulosis (Rifampisin).

5. Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru dan otak, dan kemungkinan timbulnya tumor hati.
6. Penambahan berat badan.
7. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
8. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Affandi Biran, 2014:MK-37).

Yang boleh menggunakan kombinasi :

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

- i) Riwayat kehamilan ektopik.
- j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi(Affandi Biran, 2014:MK-37).

Yang tidak boleh menggunakan suntikan kombinasi :

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan.
- 3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 4) Penyakit hati akut (virus hepatitis).
- 5) Usia > 35 tahun yang merokok.
- 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg).
- 7) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun.
- 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.
- 9) Keganasan pada payudara(Affandi Biran, 2014:MK-38).

Waktu menggunakan suntikan kombinasi :

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

- (b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
- (c) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
- (d) Bila klien pascapersalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan, asal saja dapat dipastikan tidak hamil,
- (e) Bila pascapersalinan > 6 bulan, menyusui serta telah mendapat haid, amka suntikan pertama diberikan pada siklus haid hari 1 dan 7.
- (f) Bila pascapersalinan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberi suntikan kombinasi.
- (g) Bila pascapersalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberi.
- (h) Pascakeguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.

- (i) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. Bila ragu-ragu, perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu.
- (j) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.
- (k) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada hari 1-7 siklus haid, metode kontrasepsi lain tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR, dan ingin menggantinya dengan suntikan

kombinasi, maka suntikan diberikan hari 1-7 siklus haid. Cabut segera AKDR (Affandi Biran, 2014:MK-38).

Cara penggunaan :

- (1) Suntikan kombinasi diberikan setiap bulan dengan suntikan IM dalam. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah ditentukan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja (Affandi Biran, 2014:MK-39).

5. Suntikan Progestin

Profil :

- a) Sangat efektif.
- b) Aman.
- c) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
- d) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan.

e) Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI (Affandi Biran, 2014:MK-43).

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

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

2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik IM (Affandi Biran, 2014:MK-43).

Cara kerja :

- (a) Mencegah ovulasi.
- (b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- (c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Affandi Biran, 2014:MK-43).

Efektivitas :

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

Keuntungan :

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

(12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*)

(Affandi Biran, 2014:MK-44).

Keterbatasan

1. Sering ditemukan gangguan haid, seperti :
 - a) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
 - b) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
 - c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*).
 - d) Tidak haid sama sekali.
2. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
3. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
4. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
5. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
6. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
7. Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia,

melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).

8. Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
9. Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
10. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat (Affandi Biran, 2014:MK-44).

Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin :

- a) Usia reproduksi.
- b) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f) Setelah abortus atau keguguran.
- g) Tidak banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
- h) Perokok.

- i) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- j) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
- k) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- l) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- m) Anemia defisiensi besi.
- n) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi (Affandi Biran, 2014:MK-45).

Yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan progestin :

- 1) Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran hidup).
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

5) Diabetes mellitus disertai komplikasi (Affandi Biran, 2014:MK45).

Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin :

(a) Setiap saat selama siklus haid, saat ibu tersebut tidak hamil.

(b) Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.

(c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

(d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan.

Bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan.

Tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.

(e) Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya

(f) Ibu yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, ibu tersebut setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil.

(g) Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual (Affandi Biran, 2014:MK-45,MK-46).

Cara penggunaan kontrasepsi suntikan

(1) Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM dalam di daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan setiap 90 hari. Pemberian kontrasepsi suntikan Noristerat untuk 3 injeksi berikutnya diberikan

setiap 8 minggu. Mulai dengan injeksi kelima diberikan setiap 12 minggu.

(2) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi oleh etil/isopropil alkohol 60-90 %. Biarkan kulit kering sebelum disuntik. Setelah kulit kering baru disuntik.

(3) Kocok dengan baik, dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terdapat endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dengan menghangatkannya (Affandi Biran, 2014:MK-47).

Penanganan gangguan haid amenorea :

1. Tidak perlu dilakukan tindakan apa pun. Cukup konseling saja.
2. Bila klien tidak dapat menerima kelainan haid tersebut, suntikan jangan dilanjutkan. Anjurkan pemakaian jenis kontrasepsi yang lain (Affandi Biran, 2014:MK-48).

Perdarahan :

- a) Perdarahan ringan atau *spotting* sering dijumpai, tetapi tidak berbahaya.
- b) Bila perdarahan terus berlanjut atau setelah tidak haid, namun kemudian terjadi perdarahan, maka perlu dicari penyebab perdarahan tersebut. Obatilah penyebab perdarahan tersebut dengan cara yang sesuai. Bila tidak ditemukan penyebab terjadinya perdarahan, tanyakan apakah klien masih ingin melanjutkan suntikan, dan bila tidak, suntikan jangan dilanjutkan lagi, dan carikan kontrasepsi jenis lain.
- c) Bila ditemukan penyakit radang panggul atau penyakit akibat hubungan seksual, klien perlu diberi pengobatan yang sesuai dan suntikan dapat terus dilanjutkan.
- d) Bila perdarahan banyak atau memanjang (lebih dari 8 hari) atau 2 kali lebih banyak dari perdarahan yang biasanya dialami pada siklus haid normal, jelaskan bahwa hal tersebut biasa terjadi pada bulan pertama suntikan.

- e) Bila gangguan tersebut menetap, perlu dicari penyebabnya dan bila ditemukan kelainan ginekologik, klien perlu diobati atau dirujuk.
- f) Bila perdarahan yang terjadi mengancam kesehatan klien atau klien tidak dapat menerima hal tersebut, suntikan jangan dilanjutkan lagi. Pilihlah jenis kontrasepsi yang lain. Untuk mencegah anemia perlu diberi preparat besi dan anjurkan mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi (Affandi Biran, 2014:MK-48).

6. Kontrasepsi pil progestin (minipil)

Profil

- a) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB.
- b) Sangat efektif pada masa laktasi.
- c) Dosis rendah.
- d) Tidak menurunkan produksi ASI.
- e) Tidak memberikan efek samping estrogen.
- f) Efek samping utama adalah gangguan perdarahan: perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur.
- g) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Affandi Biran, 2014:MK-50).

Jenis Minipil

- 1) Kemasan dengan isi 35 pil 300 ug levonorgestrel atau 250 ug noretindron.
- 2) Kemasan dengan isi 28 pil 75 ug desogestrel (Affandi Biran, 2014:MK-50).

Cara kerja minipil :

- (a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat).
- (b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.
- (c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- (d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Affandi Biran, 2014:MK-51).

Keuntungan kontrasepsi :

- (1) Sangat efektif bila digunakan secara benar.
- (2) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (3) Tidak mempengaruhi ASI.
- (4) Kesuburan cepat kembali.
- (5) Nyaman dan mudah digunakan.
- (6) Sedikit efek samping.
- (7) Dapat dihentikan setiap saat.

(8) Tidak mengandung estrogen (Affandi Biran, 2014:MK-51).

Keuntungan nonkontrasepsi :

1. Mengurangi nyeri haid.
2. Mengurangi jumlah darah haid.
3. Menurunkan tingkat anemia.
4. Mencegah kanker endometrium.
5. Melindungi dari penyakit radang panggul.
6. Tidak meningkatkan pembekuan darah.
7. Dapat diberikan pada penderita endometriosis.
8. Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi.
9. Dapat mengurangi keluhan premenstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah).
10. Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi (Affandi Biran, 2014:MK51).

Keterbatasan :

- a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, *spotting*, amenorea.
- b) Peningkatan/penurunan berat badan.
- c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
- d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar.
- e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
- f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.
- g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi.
- h) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS.
- i) Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka), tetapi sangat jarang terjadi (Affandi Biran, 2014:MK-52).

Yang boleh menggunakan minipil :

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
- 3) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
- 4) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- 5) Paskakeguguran.
- 6) Perokok segala usia.
- 7) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math><180/110\text{ mmHg}</math>) atau dengan masalah pembekuan darah.
- 8) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen (Affandi Biran, 2014:MK-52).

Yang tidak boleh menggunakan minipil :

- (a) Hamil atau diduga hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- (d) Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat).
- (e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

- (f) Sering lupa menggunakan pil.
- (g) Miom uterus, progestin memicu pertumbuhan miom uterus.
- (h) Riwayat stroke, progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.

Waktu mulai menggunakan minipil :

- (1) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid, tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
- (2) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari ke-5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.
- (3) Bila klien tidak haid (amenorea), minipil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.
- (4) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan paskapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh, tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.

- (5) Bila lebih dari 6 minggu paskapersalinan dan klien telah mendapat haid, minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.
- (6) Minipil dapat diberikan segera paskakeguguran.
- (7) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil, tidak perlu menunggu sampai menunggu sampai datangnya haid berikutnya.
- (8) Bila kontrasepsi yang sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya, tidak diperlukan penggunaan metode kontrasepsi yang lain.
- (9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain.
- (10) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormonal), minipil dapat diberikan

pada hari 1 -5 siklus haid dilakukan pengangkatan
AKDR (Affandi Biran, 2014:MK-53).

7. Pil kombinasi

Profil

- a) Efektif dan reversibel.
- b) Harus diminum setiap hari.
- c) Pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang.
- d) Efek samping seius sangat jarang terjadi.
- e) Dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum.
- f) Dapat mulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil.
- g) Tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui.
- h) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat

(Affandi Biran, 2014:MK-30).

Cara kerja : menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Affandi Biran, 2014).

Manfaat :

- a) Memiliki efektifitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (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 selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
- f) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.
- g) Mudah dihentikan setiap saat.
- h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
- i) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.
- j) Membantu mencegah :
 - 1) Kemilau ektopik.
 - 2) Kanker ovarium.
 - 3) Kanker endometrium.

- 4) Kista ovarium.
- 5) Penyakit radang panggul.
- 6) Kelainan jinak pada payudara.
- 7) Dismenore, atau
- 8) Akne (Affandi Biran, 2014:MK-31,MK-32).

Yang dapat menggunakan pil kombinasi :

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak.
- (c) Gemuk atau kurus.
- (d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.
- (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- (f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut.
- (g) Pascakeguguran.
- (h) Anemia karena haid berlebihan.
- (i) Nyeri haid hebat.
- (j) Siklus haid tidak teratur.
- (k) Riwayat kehamilan ektopik.
- (l) Kelainan payudara jinak.

- (m) Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, dan saraf.
- (n) Penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak.
- (o) Menderita tuberkulosis (kecuali yang sedang menggunakan rifampisin).
- (p) Varises vena (Affandi Biran, 2014:MK-33).

Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi :

- (1) Hamil atau dicurigai hamil.
- (2) Menyusui eksklusif.
- (3) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- (4) Penyakit hati akut (hepatitis).
- (5) Perokok dengan usia > 35 tahun.
- (6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg.
- (7) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun.
- (8) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara.
- (9) Migrain dan gejala neurologik fokal (epilepsi/riwayat epilepsi).
- (10) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari (Affandi Biran, 2014:MK-33).

Waktu mulai menggunakan pil kombinasi :

1. Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil.
2. Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
3. Boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke 14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut.
4. Setelah melahirkan :
 - a) Setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif.
 - b) Setelah 3 bulan dan tidak menyusui.
 - c) Pascakeguguran (segera atau dalam waktu 7 hari).
5. Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid (Affandi Biran, 2014:MK-33).

8. AKDR dengan progestin

Jenis AKDR yang mengandung hormon steroid adalah prigestase yang mengandung progesteron dari mirena yang mengandung levonorgestrel (Affandi Biran, 2014).

Cara kerja :

- a) Endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi.
- b) Mencegah terjadinya pembuahan dengan mengblok bersatunya ovum dengan sperma.
- c) Mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba fallopi.
- d) Menginaktifkan sperma (Affandi Biran, 2014:MK-69).

Efektivitas

Sangat efektif, yaitu 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan.

Keuntungan kontrasepsi :

- 1) Efektif dengan proteksi jangka panjang (satu tahun).
- 2) Tidak mengganggu hubungan suami-istri.
- 3) Tidak berpengaruh terhadap ASI.
- 4) Kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat.
- 5) Efek sampingnya sangat kecil.
- 6) Memiliki efek sistemik yang sangat kecil (Affandi Biran, 2014:MK-69).

Keuntungan nonkontrasepsi :

- (a) Mengurangi nyeri haid.
- (b) Dapat diberikan pada usia perimenopause bersamaan dengan pemberian estrogen, untuk pencegahan hiperplasia endometrium.
- (c) Mengurangi jumlah darah haid.
- (d) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsional dan adenomiosis.
- (e) Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause.
- (f) Tidak mengurangi kerja obat tuberkulosis ataupun obat epilepsi, karena AKDR yang mengandung progestin kerjanya terutama lokal pada endometrium (Affandi Biran, 2014:MK-69).

Keterbatasan :

- (1) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR.
- (2) Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR.
- (3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat, sehingga sangat tergantung pada tenaga kesehatan.

- (4) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea.
- (5) Dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).
- (6) Kejadian kehamilan ektopik relatif tinggi.
- (7) Bertambahnya risiko mendapat penyakit radang panggul sehingga dapat menyebabkan infertilitas.
- (8) Mahal.
- (9) Progestin sedikit meningkatkan risiko trombosis sehingga perlu hati-hati pada perempuan perimenopause. Risiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan pil kombinasi.
- (10) Progestin dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol pada pemberian jangka panjang sehingga perlu hati-hati pada perempuan dengan penyakit kardiovaskuler.
- (11) Memperburuk perjalanan penyakit kanker payudara.
- (12) Progestin dapat mempengaruhi jenis-jenis tertentu hiperlipidemia.
- (13) Progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus (Affandi Biran, 2014:MK-70).

Yang boleh menggunakan AKDR dengan progestin :

1. Usia reproduksi.
2. Telah memiliki anak maupun belum.
3. Menginginkan kontrasepsi yang efektif jangka panjang untuk mencegah kehamilan.
4. Sedang menyusui dan ingin memakai kontrasepsi.
5. Paskakeguguran dan tidak ditemukan tanda-tanda radang panggul.
6. Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal kombinasi.
7. Sering lupa menggunakan pil.
8. Mempunyai risiko rendah mendapat penyakit menular seksual (Affandi Biran, 2014:MK-70).

Yang tidak boleh menggunakan AKDR dengan progestin :

- a) Hamil atau diduga hamil.
- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c) Menderita vaginitis, salpingitis, endometritis.
- d) Menderita penyakit radang panggul atau paskakeguguran septik.
- e) Kelainan kongenital rahim.
- f) Miom submukosum.

- g) Rahim yang sulit digerakkan.
- h) Riwayat kehamilan ektopik.
- i) Penyakit trofoblas ganas.
- j) Terbukti menderita penyakit tuberkulosis panggul.
- k) Kanker genitalia/payudara.
- l) Sering ganti pasangan.
- m) Gangguan toleransi glukosa, progestin menyebabkan sedikit peningkatan kadar gula dan kadar insulin (Affandi Biran, 2014:MK-70,MK-71).

Waktu AKDR dengan progestin dipasang:

- 1) Setiap waktu selama siklus haid, jika ibu tersebut dapat dipastikan tidak hamil.
- 2) Sesudah melahirkan, dalam waktu 48 jam pertama paskapersalinan, 6-8 minggu, atau pun lebih sesudah melahirkan.
- 3) Segera sesudah induksi haid, paskakeguguran spontan, atau keguguran buatan, dengan syarat tidak terdapat bukti-bukti adanya indeksi (Affandi Biran, 2014:MK-71).

Jadwal kunjungan kembali ke klinik :

Normalnya klien harus kembali untuk kontrol pertama sesudah datang haid pertama setelah AKDR dipasang (4-6 minggu), tetapi jangan lebih dari 3 bulan,

ditanyakan masalah-masalah yang muncul selama pemakaian AKDR (Affandi Biran, 2014:MK-72).

Peringatan khusus untuk pemakai AKDR dengan progestin :

- (a) Tidak datang haid disertai dengan keluhan mual dan nyeri payudara perlu dicurigai terjadinya kehamilan.
- (b) Nyeri perut bagian bawah perlu dicurigai kemungkinan terjadi kehamilan ektopik.
- (c) Kram/nyeri perut bagian bawah, terutama bila disertai dengan tidak enak badan, demam/menggigil perlu dicurigai kemungkinan terjadi infeksi panggul.
- (d) AKDR jenis ini tidak dapat melindungi diri dari penyakit hubungan seksual dan AIDS/HIV (Affandi Biran, 2014:MK-72).

9. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

Profil

- a) Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun:CuT-380A).
- b) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak.
- c) Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan.

- d) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- e) Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada Infeksi Menular Seksual (IMS) (Affandi Biran, 2014:MK80).

Jenis

1) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat di mana-mana.

2) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering).

3) Selanjutnya yang akan dibahas adalah khusus CuT-380A.

Cara kerja :

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

dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

- (d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi Biran, 2014:MK80,MK-81).

Keuntungan :

- (1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi

Sangat efektif : 0,6 - 0,8 kehamilan/ 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan).

- (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.
- (5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- (7) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
- (8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- (9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).

- (10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- (11) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.
- (12) Membantu mencegah kehamilan ektopik (Affandi Biran, 2014:MK81).

Kerugian :

1. Efek umum yang umum terjadi :
 - a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
 - b) Haid lebih lama dan banyak.
 - c) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.
 - d) Saat haid lebih sakit.
2. Komplikasi lain :
 - a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
 - b) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia.
 - c) 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. PRP dapat memicu infertilitas.
6. Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR, seringkali perempuan takut selama pemasangan.
7. Sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan AKDR, biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
8. Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan AKDR.
9. Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan).
10. Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
11. Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini (Affandi Biran, 2014:MK-82).

Yang dapat menggunakan :

- a) Usia reproduktif.
- b) Keadaan nulipara.
- c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- d) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya.
- f) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- g) Risiko rendah dari IMS.
- h) Tidak menghendaki metode hormonal.
- i) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
- j) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Affandi Biran, 2014:MK-82).

Pada umumnya ibu dapat menggunakan AKDR Cu dengan aman dan efektif.

AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan keadaan misalnya :

- 1) Perokok.
- 2) Paskakeguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi.

- 3) Sedang memakai antibiotika atau antikejut.
- 4) Gemuk ataupun yang kurus.
- 5) Sedang menyusui (Affandi Biran, 2014:MK-82).

Begitu juga ibu dalam keadaan seperti di bawah ini dapat menggunakan AKDR :

- (a) Penderita tumor jinak payudara.
- (b) Penderita kanker payudara.
- (c) Pusing-pusing, sakit kepala.
- (d) Tekanan darah tinggi.
- (e) Varises di tungkai atau di vulva.
- (f) Penderita penyakit jantung termasuk penyakit jantung katup dapat diberi antibiotika sebelum pemasangan AKDR.
- (g) Pernah menderita stroke.
- (h) Penderita diabetes.
- (i) Penderita penyakit hati atau empedu.
- (j) Malaria.
- (k) Skistosomiasis (tanpa anemia).
- (l) Penyakit tiroid.
- (m) Epilepsi.
- (n) Nonpelvik TBC.
- (o) Setelah kehamilan ektopik.

(p) Setelah pembedahan pelvik (Affandi Biran, 2014:MK-83).

Yang tidak diperkenankan menggunakan AKDR

(1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).

(2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi).

(3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis).

(4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik.

(5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.

(6) Penyakit trofoblas yang ganas.

(7) Diketahui menderita TBC pelvik.

(8) Kanker alat genital.

(9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Affandi Biran, 2014:MK-83).

10. AKDR post plasenta

- a) Kita pernah mengenal program insersi AKDR (IUD) postpartum di mana pasien mendapat insersi AKDR pascapersalinan. Program tersebut tidak pernah dikembangkan lagi.

b) Dengan adanya cara yang relatif baru yaitu insersi AKDR post plasenta mungkin mempunyai harapan dan kesempatan bagi banyak ibu yang tak ingin hamil lagi. Teknik ini cukup aman. Hanya sebagian kecil (3-8%) ibu yang menginginkan anak lagi. Bagi Indonesia dengan kesulitan hidup yang cukup tinggi (30% miskin), dan banyaknya *unmet need* (8,6%) maka teknologi ini perlu ditawarkan pasien hendaknya mendapat konseling sebelum persalinan.

c) Pemasangan AKDR dapat dilakukan juga pada saat seksio sesarea. Peningkatan penggunaan AKDR akan mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan di masa depan, sehingga akan mengurangi angka kematian ibu di Indonesia (Affandi Biran, 2014:MK-85,MK-86).

Efektivitas :

- 1) AKDR post plasenta telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan.
- 2) Diakui bahwa ekspulsi lebih tinggi (6-10%) dan ini harus disadari oleh pasien, bila mau akan dapat dipasang lagi.

- 3) Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi. Oleh karena itu diperlukan pelatihan.
- 4) Kontraindikasi pemasangan post plasenta ialah : ketuban pecah lama, infeksi intrapartum, perdarahan postpartum (Affandi Biran, 2014:MK-86).

Teknologi :

- (a) AKDR umumnya jenis CuT dimasukkan ke dalam fundus uteri dalam 10 menit setelah plasenta lahir. Penolong telah menjepit AKDR di ujung jari tengah dan telunjuk yang selanjutnya menyusuri sampai ke fundus.
- (b) Pastikan bahwa AKDR diletakkan dengan benar di fundus. Tangan kiri penolong memegang fundus dan menekan ke bawah. Jangan lupa memotong benang AKDR sepanjang 6 cm sebelum insersi (Affandi Biran, 2014:MK86).

Waktu penggunaan :

- (1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil.
- (2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.

- (3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pascapersalinan : setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL). Perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pascapersalinan.
- (4) Setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.
- (5) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi (Affandi Biran, 2014:MK-87).

11. Implan

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi (Affandi Biran, 2014:MK-55).

Berbagai jenis kontrasepsi hormonal implan

Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel. Panjang kapsul adalah 34 mm dengan diameter 2,4 mm. Kapsul terbuat dari bahan silastik medik

(polydimethylsiloxane) yang fleksibel di mana kedua ujungnya di tutup dengan penyumbat sintetis yang tidak mengganggu kesehatan klien. Setelah penggunaan selama 5 tahun, ternyata masih tersimpan sekitar 50% bahan aktif levonorgestrel asal yang belum terdistribusi ke jaringan interstisial dan sirkulasi. Enam kapsul norplant dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas (Affandi Biran, 2014:MK-56).

Jedelle (Noeplant II)

Studi dan pengembangan implan levonorgestrel dua kapsul (implan-2) telah dilakukan sejak 20 tahun yang lalu. Setelah diproduksi dan penggunaannya disetujui oleh badan pengawasan obat internasional, implan-2 Eropa dikenal sebagai implan-II dan kemudian dipasarkan dengan nama dagang Jedelle (Schering, Berlin).

Implan-2 yang sama, juga diproduksi di China dengan nama Sinoplant II. Walaupun telah mendapat persetujuan dari U.S *Food and Drug Administration* (FDA), tetapi belum ada rencana untuk melakukan pemasaran implan-2 secara luas di Amerika Serikat hingga saat ini. Implan-2 memakai levonorgestrel 150

mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. Pelepasan harian hormon levonorgestrel dari implan-2 hampir sama dengan Norplant dan secara teoritis, masa kerjanya menjadi 40% lebih singkat (Affandi Biran, 2014:MK-56).

U.S FDA menyetujui masa kerja Norplant adalah 5 tahun tetapi studi komparasi dengan implan-2 ternyata *5 year pregnancy rates* dan efek samping kedua kontrasepsi subdermal ini adalah sama. *Population Council* baru-baru ini menyatakan bahwa Jedelle direkomendasikan untuk penggunaan 5 tahun dan Norplant untuk 7 tahun. Kumulasi dari *5 year pregnancy rate per 100 women years* Jedelle di antara 0,8 hingga 1,0 dan Norplant sebesar 0,2 per tahun (Affandi Biran, 2014:MK-56).

Implanon

Implanon (Organon, Oss, Netherlands) adalah kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel), merupakan metabolit desogestrel yang efek androgeniknya lebih rendah dan aktivitas progestational yang lebih tinggi dari levonorgestrel. Kapsul polimer (*ethylene vinyl acetate*) mempunyai

tingkat pelepasan hormon yang lebih stabil dari kapsul silastik Norplant sehingga variabilitas kadar hormon dalam serum menjadi lebih kecil (Affandi Biran, 2014:MK-57).

Telah banyak dilakukan penelitian tentang keamanan, efektivitas dan penerimaan implanon dan banyak negara di Eropa dan Asia telah menggunakan implanon. Implanon dikemas dalam trokar steril yang sekaligus disertai dengan pendorong (inserter) kapsul sehingga pemasangan hanya membutuhkan waktu 1-2,5 menit. Tidak seperti implan-2 (Jedelle, Implan-2 dan Sinoplant), Implanon dirancang khusus untuk inhibisi ovulasi selama masa penggunaan. Karena ovulasi pertama dan iuteinisasi terjadi pada paruh kedua tahun ketiga penggunaan maka implanon hanya direkomendasikan untuk 3 tahun penggunaan ada penelitian yang menyatakan masa aktifnya dapat mencapai 4 tahun. Dengan tidak terjadinya kehamilan selama penggunaan pada 70.000 siklus perempuan maka implanon dikategorikan sebagai alat kontrasepsi paling efektif dari yang pernah dibuat selama ini (Affandi Biran, 2014:MK-57).

Implan lainnya

The Population Council telah mengembangkan implan-1 menggunakan Nestorone atau ST-1435. Nestorone adalah progestin kuat yang dapat menghambat ovulasi dan tidak terikat dengan *sex hormone binding globulin* (SHBG) serta tanpa efek estrogenik atau androgenik. Nestorone menjadi tidak aktif bila diberikan per oral karena segera dimetabolisme dalam hati sehingga aman bagi bayi yang mendapat ASI seorang pengguna kontrasepsi hormon subdermal. Penelitian saat ini mengarah penggunaan kapsul 40 mm dengan dosis normal atau 30 mm dengan dosis yang lebih tinggi agar dapat bekerja aktif untuk jangka waktu 2 tahun. Kapsul tunggal 30 mm sedang diteliti di tiga senter tetapi dalam waktu yang sama, Nestorone kapsul tunggal 30 mm telah diregistrasi di Brazil dengan nama El-cometrine tetapi digunakan untuk pengobatan endometriosis dengan waktu kerja aktif 6 bulan (Affandi Biran, 2014:MK-58).

Waktu pemasangan

Kapsul implan Norplant dapat dipasang setiap saat selama siklus haid, bila sudah dipastikan klien tidak hamil (Affandi Biran, 2014:MK-67).

Waktu yang optimal untuk memasang implan Norplant adalah :

- a) Selama haid (dalam waktu 7 hari pertama siklus haid).
- b) Paskapersalinan (3-4 minggu), bila tidak menyusukan bayinya.
- c) Paskakeguguran (segera atau dalam 7 hari pertama), atau
- d) Sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (lebih dari 6 minggu paskapersalinan dan sebelum 6 bulan paskapersalinan) (Affandi Biran, 2014:MK-68).

12. Tubektomi

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

apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi Biran, 2014:MK-89).

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 per 1000 perempuan).
- c) Efektivitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Metode kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektivitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Affandi Biran, 2014:MK-89).

Efek samping, Risiko, dan komplikasi

Jarang sekali ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang (Affandi Biran, 2014:MK-89).

Keuntungan

- 1) Mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium (Affandi Biran, 2014:MK-89).

Risiko

- (a) Walaupun jarang, tetapi dapat terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anestesi. Penggunaan anestesi lokal sangat mengurangi risiko yang terkait dengan tindakan anestesi umum (Affandi Biran, 2014:MK-90).

Tubektomi sesuai untuk

- (1) Pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi.
- (2) Ibu pascapersalinan.
- (3) Ibu menyusui.
- (4) Tidak ingin menggunakan kontrasepsi yang harus dipakai atau disiapkan setiap waktu.
- (5) Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan.

(6) Penggunaan kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola haid (Affandi Biran, 2014:MK-90).

Jenis

- a) Minilaparotomi.
- b) Laparoskopi (Affandi Biran, 2014:MK-91).

Mekanisme kerja

Dengan mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

Manfaat kontrasepsi :

- 1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).
- 2) Tidak mempengaruhi proses menyusui (*breastfeeding*).
- 3) Tidak bergantung pada faktor senggama.
- 4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius.
- 5) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal.
- 6) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang

7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium) (Affandi Biran, 2014:MK-92).

Keterbatasan :

(a)Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.

(b) Klien dapat menyesal di kemudian hari.

(c)Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)

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

(e)Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi).

(f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS (Affandi Biran, 2014:MK-92).

Yang dapat menjalani tubektomi :

(1)Usia > 26 tahun.

(2)Paritas > 2.

(3)Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.

(4)Paskapersalinan.

(5)Paskakeguguran.

(6)Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini (Affandi Biran, 2014:MK-92).

Kapan dilakukan

(a)Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.

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

(c)Pascapersalinan :

1. Minilap : di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.
2. Laparoscopi : tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.

(d) Pascakeguguran :

- a) Triwulan pertama : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoscopi).
- b) Triwulan kedua : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik

(minilap saja) (Affandi Biran, 2014:MK-93).

13. Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki 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 (Affandi Biran, 2014:MK-95).

Vasektomi :

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

memerlukan tindakan pembedahan ulang (Affandi Biran, 2014:MK-95,MK-96).

Manfaat non kontraseptif vasektomi :

- 1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang.
- 2) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Affandi Biran, 2014:MK-96).

Keterbatasan :

- (a) Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- (b) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian 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 pascabedah.
- (f) Perlu tenaga pelaksana terlatih.
- (g) Tidak melindungi klien terhadap klien terhadap PMS (misalnya : HBV, HIV/AIDS) (Affandi Biran, 2014:MK-96).

Vasektomi sesuai untuk lelaki :

- (1) Dari semua usia reproduksi (biasanya <50).
- (2) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen.
- (3) Yang istrinya mempunyai masalah usia, paritas atau kesehatan di mana kehamilan dapat menimbulkan risiko kesehatan atau mengancam kesehatan jiwanya.
- (4) Yang memahami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medik untuk prosedur tersebut.
- (5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan (Affandi Biran, 2014:MK-97).

2.5.4 Pelayanan Keluarga Berencana di Masa COVID-19

A. Panduan pelayanan KB oleh bidan pada Masa Pandemi Covid-19

1. Tidak ada keluhan, akseptor IUD/Implan dapat menunda untuk kontrol ke bidan.
2. Pelayanan KB baru / kunjungan ulang –membuat janji melalui telepon/WA.

3. Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2, konseling memotivasi menggunakan MKJP- tidak perlu kontrol rutin (kecuali ada keluhan)- New normal.
4. Kunjungan ulang akseptor Suntik / pil tidak dapat diberikan, untuk sementara ibu menggunakan kondom/pantang berkala/senggama terputus-bidan dapat bekerjasama dengan PLKB untuk distribusi pil.
5. Akseptor, pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19.
6. Konsultasi KB, Penyuluhan dan Konseling dilakukan secara online-dimotivasi dan didorong untuk beralih menggunakan MKJP-pilihan yang tepat di era New normal- tidak perlu kontrol rutin (Nurjasmii, 2020:26).

2.6 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

A. Pengkajian data

1. Data Subjektif

Data subjektif berupa data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai kondisinya.

Jenis data yang dikumpulkan adalah :

a) Biodata

- 1) Nama ibu dan suami. Untuk dapat mengenal atau memanggil nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama.
- 2) Umur. Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun.
- 3) Suku/bangsa. Untuk mengetahui kondisi sosial budaya ibu yang memengaruhi perilaku kesehatan.
- 4) Agama. Dalam hal ini berhubungan dengan perawatan penderita yang berkaitan dengan ketentuan agama. Antara lain dalam keadaan yang gawat ketika memberi pertolongan dan perawatan dapat diketahui dengan siapa harus berhubungan, misalnya agama Islam memanggil ustaz dan sebagainya.
- 5) Pendidikan. Untuk mengetahui tingkat intelektual, tingkat pendidikan memengaruhi sikap perilaku kesehatan seseorang.
- 6) Pekerjaan. Hal ini untuk mengetahui taraf hidup dan sosial ekonomi agar nasihat kita sesuai. Pekerjaan ibu perlu diketahui untuk mengetahui

apakah ada pengaruh pada kehamilan seperti bekerja di pabrik rokok, percetakan dan lain-lain.

- 7) Alamat. Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya dipastikan ibu yang mana hendak ditolong itu. Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita (S. E. M. Diana, 2017:96-97).

b) Keluhan utama

Apakah alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksa kehamilannya. Keluhan utama yang sering terjadi pada ibu hamil trimester III.

Diantaranya :

- 1) Suhu badan meningkat

Perubahan metabolisme tubuh pada trimester ketiga ini masih berlanjut. Perubahan ini merupakan upaya penyesuaian yang dilakukan tubuh agar bisa mendukung bayi yang semakin membesar. Perubahan ini menyebabkan naiknya suhu tubuh.

- 2) Sering kencing

Akibat ureter yang semakin membesar, tonus otot saluran kemih menurun akibat pengaruh estrogen

dan progesteron. Kencing lebih sering (poliuria), laju filtrasi meningkat hingga 60-70 %. Dinding saluran kemih bisa tertekan oleh perbesaran uterus, menyebabkan hidroureter dan mungkin hidronefrosis sementara. Kadar kreatinin, urea, dan asam urat dalam darah mungkin menurun, namun ini dianggap normal (S. E. M. Diana, 2017:97).

3) Sulit tidur

Ada beberapa faktor yang bisa membuat ibu hamil sulit tidur memasuki trimester tiga. Pertama, jelas karena perut yang semakin membesar, sehingga sulit mencari posisi tidur yang nyaman. Selanjutnya gerakan bayi yang semakin lincah dan tertekannya kandung kemih, memaksa untuk mengambil posisi miring di saat tidur, dan mengganjal kaki yang diatas agar relaks dan tidak menekan kaki yang bawah.

4) Kram pada kaki

Kram kaki sering dialami pada trimester kedua dan ketiga. Kejang yang menimbulkan rasa nyeri ini seringkali terjadi di malam hari. Ada beberapa pendapat mengenai penyebabnya. Ada yang

mengatakan ini dikarenakan rahim yang membesar mengakibatkan tekanan yang mengganggu sirkulasi darah pada kaki dan menyebabkan tekanan pada saraf tertentu, ada juga pendapat yang mengatakan ini dikarenakan adanya ketidakseimbangan kalsium dan fosfor dalam tubuh.

5) Sesak nafas

Pada kehamilan terjadi perubahan sistem respirasi untuk bisa memenuhi kebutuhan O₂. Di samping itu terjadi desakan diafragma akibat dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya.

6) Pusing/sakit kepala

Pada kehamilan uterus menekan vena kava sehingga mengurangi darah vena yang akan kembali ke jantung. Curah jantung mengalami pengurangan sampai 25-30% dan tekanan darah bisa turun 10-15% yang bisa menyebabkan pusing (S. E. M. Diana, 2017:98-99).

7) Varises pada kaki

Varises umumnya terjadi pada kehamilan dan merupakan predisposisi yang menyebabkan thrombosis vena proffunda. Ibu hamil hamil harus ditanya kemungkinan sakit pada kaki, area kemerahan pada betis mungkin terjadi karena varises, flebitis, atau thrombosis vena profunda.

c) Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Untuk mengetahui apakah dahulu ibu mempunyai penyakit yang berbahaya bagi kehamilannya. Selain itu untuk mengetahui apakah ibu pernah menjalani operasi yang berhubungan dengan organ reproduksinya atau tidak, karena akan berpengaruh pada kehamilannya.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui apakah pada saat sekarang ini ibu benar-benar dalam keadaan sehat, tidak menderita suatu penyakit kronis seperti asma, jantung, TBC, hipertensi, hinjal, DM, dan lainnya, karena apabila ada gangguan kesehatan pada saat ibu hamil akan secara tidak langsung berpengaruh pada kehamilannya baik itu pada diri ibu sendiri

maupun perkembangan dan pertumbuhan janin yang dikandungnya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Hal penting yang perlu dikaji bila ada riwayat penyakit menular dalam keluarga ibu maupun suami (seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, PMS) yang dapat menularkan kepada anggota keluarga yang lain dan dapat membahayakan apabila penyakit-penyakit tersebut terjadi pada ibu yang sedang hamil (S. E. M. Diana, 2017:98-99).

d) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Beberapa hal yang perlu dikaji di dalam riwayat haid meliputi umur menarche, siklus haid (teratur atau tidak), dan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir). Dengan diketahuinya HPHT maka bidan dapat menentukan HPLnya (Hari Perkiraan Lahir), usia kehamilan sehingga keadaan kehamilannya dapat dipantau, terutama untuk memantau penambahan BB,TFU (Tinggi Fundus Uteri), dan frekuensi gerak anak, karena hal tersebut dapat mendukung dalam penegakan diagnose kehamilan, selain melalui palpasi dan USG.

2) Riwayat obstetri

(Gravida (G)...Para (P)...Abortus (A)...Anak hidup (H)...), meliputi : perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir < 2500 gram atau > 4000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

3) Riwayat kehamilan sekarang

Hal-hal yang perlu dikaji di dalamnya antara lain berapa kali ibu sudah melakukan ANC, di mana ibu memperoleh ANC, apakah ibu sudah mendapatkan imunisasi TT dan berapa kali mendapatkannya, apakah ibu teratur minum tablet tambah darah, kalk dan vitamin yang ibu peroleh setiap kali kontrol, apakah ada keluhan atau komplikasi selama ibu hamil dan apakah ibu mempunyai kebiasaan-kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan, merokok, minum jamu, alkohol dan sebagainya, sehingga bidan dapat memantau perkembangan kehamilannya. Pada kehamilan, pemeriksaan ANC harus lebih sering guna untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandung (S. E. M. Diana, 2017:100-101).

e) Riwayat perkawinan

Dikaji untuk mengetahui apakah sudah berapa lama klien menikah, sudah berapa kali klien menikah, berapa umur klien dan suami pada saat menikah, sehingga dapat diketahui apakah klien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan. Selain itu secara normal juga untuk mengetahui apakah anak yang dikandungnya sah secara hukum atau anak hasil hubungan di luar nikah karena dapat berpengaruh terhadap penerimaan ibu terhadap kehamilannya.

f) Riwayat keluarga berencana

Meliputi jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti.

g) Pola pemebuhan kebutuhan sehari-hari

Pola ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menunjukkan perilaku hidup sehat dalam kehidupannya sehari-hari atau belum, pola-pola yang dikaji di dalamnya, meliputi :

1) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah ibu hamil (klien) sudah makan teratur 3x sehari atau belum, apakah sudah mengkonsumsi

makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk-pauk, sayur dan buah) atau belum, karena asupan nutrisi waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori per hari juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan.

2) Pola eliminasi

Eliminasi yang dikaji adalah BAB dan BAK. BAB perlu dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB setiap harinya dan bagaimana konsistensi warna fesesnya, biasanya pada ibu hamil kemungkinan besar terkena sembelit karena pengaruh dari hormon progesteron dan juga warna dari fesesnya terkadang hitam yang disebabkan oleh tablet Fe yang dikonsumsi selama hamil.

3) Pola istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu dapat beristirahat dengan cukup dan tenang setiap harinya atau tidak, karena dapat berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya apabila tidak mempunyai cukup waktu untuk beristirahat.

4) Pola personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menerapkan perilaku hidup sehat dalam kehidupannya. Kebersihan diri yang paling dan harus diperhatikan oleh ibu hamil adalah kebersihan alat kelamin (genetalia), apabila ibu tidak menjaga genetalia akan memudahkan masuknya kuman ke dalam kandungan.

5) Pola seksual

Dikaji untuk mengetahui apakah selama hamil ibu melakukan hubungan seksual atau tidak, karena pada dasarnya hubungan seksual boleh dilakukan selama hamil, asal umur kehamilan ibu cukup besar, karena hubungan seksual yang dilakukan pada saat hamil muda akan sangat berpengaruh terhadap kondisi janin yang dikandung (S. E. M. Diana, 2017:101-102).

h) Riwayat psikososial

Dikaji meliputi : pengetahuan dan respon ibu terhadap kehamilan dan kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap kehamilan, dukungan keluarga, pengambilan keputusan

dalam keluarga, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan ibu.

2. Data Objektif

Pengkajian data objektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dilakukan secara berurutan. Data-data yang perlu untuk dikaji adalah sebagai berikut.

Pemeriksaan umum:

a) Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriteranya adalah sebagai berikut.

- 1) Baik, jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- 2) Lemah, pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien (S. E. M. Diana, 2017:103-104).

Tabel 2.8
Tingkat Kesadaran

Kesadaran	Tanda
Komposmentis	Sadar sepenuhnya dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.
Apatis	Keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan kehidupan sekitarnya, sikapnya tak acuh.
Somnolen	Keadaan kesadaran yang hanya tidur saja. Hanya dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri, tetapi jatuh tidur lagi.
Delirium	Keadaan kacau motorik yang sangat, memberontak, berteriak-teriak, dan tidak sadar terhadap orang lain, tempat dan waktu.
Sopo/semikoma	Keadaan kesadaran yang menyerupai koma, reaksi hanya dapat ditimbulkan dengan rangsangan nyeri.
Koma	Keadaan kesadaran yang hilang sama sekali dan tidak dapat dibangunkan dengan rangsangan apapun.

Sumber : (S. E. M. Diana, 2017:104-105).

c) Tinggi badan : ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong faktor risiko. Faktor risiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi ialah keadaan rongga panggul. Pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Namun tidak semua pada ibu yang pendek rongga panggulnya sempit.

d) Berat badan : ditimbang tiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Penambahan berat badan ibu selama kehamilan menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,050 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,50 sampai 16,50 kg.

e) LILA (Lingkar Lengan Atas)

Pengukuran LILA adalah suatu cara untuk mengetahui risiko Kekurangan Energi Protein (KEP) wanita usia subur (WUS). Pengukuran LILA pada bagian kiri, LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kiat untuk status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga ia berisiko melahirkan BBLR.

f) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

- 1) Tekanan darah : tekanan darah arteri menggambarkan dua hal, yaitu besar tekanan yang dihasilkan ventrikel kiri sewaktu berkontraksi (angka sistolik). Nilai normal rata-rata tekanan sistol pada orang dewasa adalah 100 sampai 140 mmHg, sedangkan rata-rata diastol adalah 60 sampai 90 mmHg.
- 2) Nadi : berkisar antara 60-90x/menit. Denyut nadi ibu hamil yang di atas 100x/menit pada masa hamil adalah mengindikasikan adanya keluhan seperti tegang, ketakutan atau cemas, perdarahan berat, anemia, dan gangguan jantung.
- 3) Pernapasan : untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan. Normalnya 16-24 x/menit.
- 4) Suhu tubuh : suhu tubuh yang normal adalah 36-37°C perlu diwaspadai karena bersamaan dengan meningkatnya suhu, tubuh akan mengeluarkan zat-zat peradangan yang akan mengganggu kehamilan yang bisa berakibat buruk bagi kehamilan, atau janin.

g) Pemeriksaan inspeksi

Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang. Tujuannya untuk melihat keadaan umum klien, gejala kehamilan, dan adanya kelainan.

Inspeksi/pemeriksaan pandang tersebut meliputi :

1) Kepala dan rambut

Bentuk kepala, rambut lurus/keriting, rambut rontok atau tidak, karena secara normal sekitar 85-95% rambut wanita berada dalam fase pertumbuhan, tetapi perubahan hormone selama hamil menstimulasi peningkatan presentase rambut yang ada dalam fase pertumbuhan. Akibatnya, banyak bumil yang rambutnya bertambah tebal atau subur saat hamil (S. E. M. Diana, 2017:105-106).

2) Muka

Melihat apakah muka pucat atau tidak terdapat cloasma gravidarum atau tidak, oedem atau tidak, pembengkakan pada wajah merupakan salah satu gejala dari adanya preeklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urine. Oedem dapat terjadi karena peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena cava inferior ketika berbaring.

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada conjungtivitis, kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi.

4) Hidung

Melihat apakah ada sekret atau tidak, ada polip atau tidak, apa pernapasan cuping hidung atau tidak, jika ada menandakan adanya asfiksia pada ibu.

5) Mulut

Bibir pucat/tidak, bibir kering/tidak, stomatitis/tidak, caries gigi/tidak, karena gigi dan mulut ibu hamil yang infeksi seperti infeksi periodontal (jaringan pendukung gigi) dapat melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah dan dapat mengakibatkan prematur.

6) Leher

Adakah pembesaran kelenjar tiroid. Dalam kehamilan, normalnya ukuran kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran kira-kira 31% akibat

adanya hiperplasi dari jaringan glandula dan peningkatan vaskularitas.

7) Payudara

Membesar simetris/tidak, puting susu menonjol atau datar atau tenggelam, ada benjolan/tidak. Hiperpigmentasi aerola/tidak, ini terjadi karena perubahan melanophorestimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis.

8) Perut

Melintang/membujur, tegak/lembek, menggantung/menonjol, perubahan kulit pada abdomen juga ditemukan. Tanda bergaris kehamilan terdahulu terlihat menjadi seperti perak dan yang baru tampak merah muda. Linea nigra mungkin terlihat, ini adalah garis gelap normal karena adanya pigmentasi yang arahnya longitudinal di bagian tengah abdomen bawah dan kadang diatas umbilicus. Adanya jaringan parut menunjukkan adanya pembedahan obstetrik atau abdominal terdahulu.

9) Genetalia

Adakah tanda chadwicks, karena adanya hipervaskularasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (lividea), pembuluh darah pada alat genetalia interna membesar, bila terdapat kecelakaan pada kehamilan atau persalinan, maka perdarahan akan banyak sekali, sampai mengakibatkan kematian, kondiloma atau tidak, kebersihan, keputihan, tanda-tanda infeksi, jaringan parut pada perineum.

10) Ekstremitas

Normalnya simetris, apakah ada gangguan pergerakan, apakah oedem atau tidak, adanya pembengkakan pada kaki dan tangan merupakan salah satu gejala utamanya adalah protein urine. Oedem dapat terjadi karena peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena cava inferior ketika berbaring.

h) Pemeriksaan palpasi

Palpasi adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba. Tujuannya untuk mengetahui adanya kelainan, mengetahui perkembangan kehamilan.

Pemeriksaan palpasi tersebut meliputi :

1) Dada : puting susu kaku atau tidak, adakah benjolan atau tidak. Kelenjar susu pada ibu hamil akan mempersiapkan dirinya untuk menghasilkan air susu. Pada proses ini terkadang ada kelenjar susu yang tersumbat biasanya menimbulkan benjolan yang keras, merah, dan nyeri saat disentuh.

2) Abdomen :

(a) Leopold I : normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan. Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong).

Tujuan : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada di fundus(S. E. M. Diana, 2017:109).

(b) Leopold II : normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil.

Tujuan : untuk mengetahui batas kiri/kanan pada letak bujur dan kepala pada letak lintang.

(c) Leopold III : normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuan : mengetahui

presentasi/bagian terbawah janin yang ada disimpisis ibu.

(d) Leopold IV : posisi tangan masih bisa bertemu dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuan : untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP.

3) Auskultasi

Normal terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik di bagian kiri atau di bagian kanan).

Mendengarkan denyut jantung bayi meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh, jumlah DJJ normal antara 120-160x/menit.

4) Perkusi

Normal, tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsi. Bila refleks patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1.

i) Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan panggul

Indikasi pemeriksaan ukuran panggul adalah pada ibu-ibu hamil yang diduga panggul sempit, yaitu : pada primigravida kepala belum masuk panggul pada 4 minggu terakhir, pada multipara dengan riwayat obstetrik jelek, pada ibu hamil dengan kelainan letak pada 4 minggu terakhir dan pada ibu hamil dengan kiposis, skiliosis, kaki pincang atau cebol.

Ada dua jenis ukuran panggul pada ibu hamil, yaitu ukuran panggul luar dan ukuran panggul dalam. Ukuran panggul luar tidak dapat menilai persalinan dapat berlangsung spontan atau tidak, tetapi bisa memberi petunjuk kemungkinan ibu hamil mengalami panggul sempit. Ukuran-ukuran panggul luar, terdiri atas : *distansia spinarum* (24-26 cm), *distansia cristarum* (28-30 cm), konjugata eksterna/boudelque (18 cm), *distansia tuberum* (10,5 cm), dan lingkaran panggul (80-90 cm).

Ukuran panggul dalam diukur dengan melakukan pemeriksaan pervaginam atau *Vaginal Tocher* (VT) pada usia kehamilan 32 minggu. Ukuran –ukuran

panggul dalam yang harus ditentukan adalah konjugata diagonalis, meraba linea inominata, keadaan sacrum concaaf/covert, keadaan dinding samping panggul lurus/konvergen, spina ischiadica menonjol/tidak, keadaan oss pubis exostose tidak, keadaan arcus pubis kurang dari 90% atau tidak.

j) Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan hemoglobin

Tujuannya adalah untuk mengetahui kadar Hb dalam darah dan menentukan anemia atau tidak.

Penilaian hemoglobin dapat digolongkan sebagai berikut :

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

2) Pemeriksaan golongan darah tujuan dalam pemeriksaan darah ialah untuk mengetahui golongan darah ibu.

3) Pemeriksaan WR dan VDRL

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu hamil terkena sifilis.

4) Pemeriksaan Hbs Ag

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya virus hepatitis di dalam darah baik dalam kondisi aktif maupun sebagai carier(S. E. M. Diana, 2017).

B. Interpretasi Data Dasar

Diagnosis kebidanan

Ny ...(Gravida (G)... Para (P)... Abortus (A)...anak hidup (H).

Usia kehamilan.... tunggal atau ganda, hidup atau mati, letak kepala atau bokong, intra uterin atau ektrauterin, keadaan jalan lahir normal atau tidak, keadaan umum ibu dan janin baik atau tidak.

Masalah yang sering muncul di trimester III.

1. Suhu badan meningkat

- a) Anjurkan ibu memakai pakian tipis yang mudah menyerap keringat.
- b) Menjaga temperatur lingkungan agar tidak terlalu panas.
- c) Anjurkan ibu untuk istirahat dan asupan cairan yang cukup.

2. Sering kencing

- a) Anjurkan ibu untuk minum pada siang hari.
- b) Batasi minum kopi, teh dan soda.

- c) Jelaskan bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis.

3. Sulit tidur

- a) Anjurkan ibu mencari posisi tidur yang nyaman.
- b) Hindari makan yang terlalu banyak saat menjelang tidur.
- c) Anjurkan ibu untuk latihan menarik napas dalam saat menjelang tidur.

4. Kram pada kaki

- a) Istirahat dengan menaikkan kaki setinggi mungkin untuk membalikkan efek gravitasi.
- b) Jaga agar kaki tidak bersilangan.
- c) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama.

5. Sesak napas

- a) Jelaskan penyebab fisiologisnya.
- b) Merentangkan tangan di atas kepala serta menarik napas panjang.
- c) Memberikan posisi tubuh yang baik, melakukan pernapasan intercostal (S. E. M. Diana, 2017:112-113).

6. Pusing/sakit kepala

- a) Menganjurkan istirahat sejenak saat merasa pusing atau sakit kepala.
- b) Menganjurkan ibu untuk tidak beraktivitas berat.
- c) Hindari perasaan tertekan atau masalah yang berat.

7. Varises pada kaki

- a) Menganjurkan ibu untuk olahraga teratur seperti berjalan atau berenang.
- b) Menganjurkan ibu untuk tidak memakai sepatu dengan hak tinggi.

Kebutuhan pasien :

- 1) Penjelasan tentang masalah yang dihadapi ibu pada trimester III.
- 2) Penjelasan untuk persiapan persalinan.
- 3) Penjelasan tanda bahaya trimester III.

C. Perencanaan

Diagnosis : Ny....(Gravida (G)....Para (P)... Abortus (A)...Anak hidup (H).... Usia kehamilan... tunggal atau ganda, hidup atau mati, letak kepala atau bokong, intra uterin atau ektrauterin, keadaan jalan lahir normal atau tidak, keadaan umum ibu dan janin baik atau tidak.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 30 menit, ibu mengetahui dan mengerti tentang kehamilannya. Sehingga kehamilan dapat berjalan normal.

Kriteria hasil :

keadaan umum : baik

kesadaran : composmentis

TTV : TD : 100/60-140/90 mmHg.

N : 60-80x/menit.

S : 36-37,5 °C.

RR : 16-24x/menit.

Hb dalam batas normal yaitu ≥ 11 gr %.

TFU sesuai dengan usia kehamilan ibu.

Ukuran LILA ibu normal $\geq 23,5$ cm.

Rencana asuhan pada ibu hamil

1. Jelaskan pada ibu mengenai kondisi kehamilannya.

R/ agar ibu dapat mengetahui kondisi dirinya beserta janinnya.

2. Jelaskan HE pada ibu tentang :

a) Jelaskan tentang asupan nutrisi pada ibu hamil.

Rasional : untuk menjaga kebutuhan nutrisi yang seimbang bagi ibu dan pertumbuhan janinnya.

b) Jelaskan tentang P4K.

Tempat, penolong, pendamping, transportasi, biaya, pendonor, pengambil keputusan.

Rasional : mempersiapkan sedini mungkin kebutuhan persalinan ibu dan dapat mencegah bila terjadi komplikasi.

c) Anjurkan ibu istirahat cukup.

Rasional : istirahat yang cukup sangat penting bagi ibu hamil trimester III.

d) Anjurkan menjaga kebersihannya.

Rasional : menjaga kebersihan diri dilakukan agar ibu merasa nyaman.

e) Jelaskan pada ibu untuk aktivitas fisik yang ringan.

Rasional : mencegah terjadinya risiko berbahaya pada ibu.

f) Berikan vitamin zat besi.

Rasional : memenuhi kebutuhan zat besi pada tubuh ibu hamil.

3. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan : His semakin kuat dan teratur/mules semakin kuat, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar cairan yang banyak dengan tiba-tiba dari jalan lahir.

Rasional : agar ibu dapat berhati-hati dan selalu waspada setiap ada tanda-tanda persalinan dan segera mencari bantuan.

4. Jadwalkan kunjungan berikutnya satu minggu lagi atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

Rasional : evaluasi terhadap perkembangan kehamilan dan mendeteksi adanya komplikasi (S. E. M. Diana, 2017:115-116).

Masalah :

- a) Edema Dependen.

- 1) Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen).
- 2) Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang.
- 3) Intervensi menurut Hatini (2018):

- (a) Jelaskan penyebab dari edemadependen.

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

- (b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/Mengurangi penekanan pada vena cava 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 maternal yang dapat melongarkan tekanan pada vena-vena panggul.

b) Masalah 2 : Nokturia.

1) Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia).

2) Kriteria : (a) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari
(a) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

3) Intervensi menurut Hatini (2018):

(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 diuretic alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

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

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

4) Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron.

1) Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

2) Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak.

3) Intervensi menurut Megasari (2015):

a) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras

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

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

d) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalansetiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

c) Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatanprogesteron.

1) Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

2) Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensilunak.

3) Intervensi menurut Megasari (2015):

(a) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

(b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet R/Makanan tinggi serat menjadikan

feses tidak terlalu padat, keras

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

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

- (d) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalansetiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

d) Masalah 4 :Hemoroid.

- 1) Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah.

2) Kriteria :

- a) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak.
b) AB tidak berdarah dan tidak nyeri.

3) Intervensi :

- (a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

- (b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.

R/Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

- (c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

- (d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi.

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- (e) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

- (f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

e) Masalah 5 : Kram pada kaki

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

2) Kriteria :

a) Kram pada kaki berkurang.

b) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang.

3) Intervensi :

(a) Jelaskan penyebab kram kaki.

R/Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketika keseimbangan rasio kalsium.

(b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

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

(c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga 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 phosphor baik untuk
kesehatan tulang.

f) Masalah 6 : Sesaknafas.

1) Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya
dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi.

2) Kriteria :

a) Frekuensi pernapasan 16-24x/menit.

b) Ibu menggunakan pernapasan perut.

3) Intervensi Menurut Megasari(2015):

(a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

R/Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena
membesarnya uterus.

(b) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang
nyaman dengan bantaltinggi.

R/Menghindari penekanan diafragma.

(c) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/Merelaksasi otot-otot.

(d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R/Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan
banyak dan menambah kebutuhan O₂.

(e) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di
ataskepala.

R/Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

D. Pelaksanaan

1. Menjelaskan pada ibu mengenai kondisi kehamilannya.
2. Menjelaskan HE pada ibu tentang :
 - a) Menjelaskan tentang asupan nutrisi pada ibu hamil.
Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, megkonsumsi makan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup (menu seimbang).
 - b) Menjelaskan tentang P4K.
Tempat, penolong, pendamping, transportasi, biaya, pendonor, pengambil keputusan.
 - c) Menganjurkan ibu istirahat cukup.
 - d) Menganjurkan menjaga kebersihannya.
 - e) Menjelaskan pada ibu untuk aktivitas fisik yang ringan seperti berolahraga dengan berjalan atau berenang.
 - f) Memberikan vitamin zat besi sebanyak 30 tablet dengan dosis 1x1.
3. Menjelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan. His semakin kuat dan teratur.mules semakin kuat, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar cairan yang banyak dengan tiba-tiba dari jalan lahir.

4. Menjadwalkan kunjungan berikutnya satu minggu lagi atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

E. Evaluasi

S : ibu mengatakan kehamilannya baik.

O : keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

TTV : TD : 100/60-140/90 mmHg

N : 60-80x/menit

S : 36-37,5°C

RR : 16-24x/menit

HB dalam batas normal yaitu ≥ 11 gr%

TFU sesuai dengan usia kehamilan ibu

DJJ baik (120-160x/menit)

LILA $\geq 23,5$ cm

A : Ny... (Gravida (G)...Para (P)...Abortus (A)...Anak
Hidup...(H),,,) usia kehamilan... tunggal atau ganda, hidup
atau mati, letak kepala atau bokong, intra uterin atau
ekstrauterin, keadaan jalan lahir normal atau tidak, keadaan
umum ibu dan janin baik atau tidak.

P :

1. Menjelaskan HE pada ibu tentang pemenuhan nutrisi ibu hamil.
2. Memberikan vitamin zat besi sebanyak 30 tablet dengan dosis 1x1.
3. Menjadwalkan kunjungan berikutnya satu minggu lagi atau sewaktu-waktu bila ada keluhan (S. E. M. Diana, 2017:116-117).

2.7 konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

A. Pengkajian Data

1. Data subjektif

a) Biodata

1) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Widhiyastini, 2018).

2) Usia/ tanggal lahir

Data ini ditanyakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko karena usia atau tidak (Widhiyastini, 2018).

3) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Widhiyastini, 2018).

4) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tanggap pasien terhadap intruksi yang diberikan bidan pada proses persalinan (Widhiyastini, 2018).

5) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Hidayat, 2018).

6) Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Hidayat, 2018).

7) Alamat

Selain sebagai data distribusi lokal pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Ini mungkin berkaitan dengan keluhan terakir, atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakir sebelum berangkat ke lokasi persalinan.

b) Riwayat pasien

Menurut Sulistyawati, (2010) beberapa riwayat pasien yang perlu diperhatikan adalah :

c) Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Riwayat kebidanan Data ini penting untuk diketahui oleh bidan sebagai data acuan memprediksi jalanya proses persalinan dan untuk mendeteksi apakah ada kemungkinan penyulit selama proses persalinan.

Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain :

- 1) Menarche, Menarche adalah usia pertama kali menstruasi. Untuk wanita Indonesia pada usia sekitar 12-16 tahun.
 - 2) Siklus Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, biasanya 23-32 hari.
 - 3) Volume Data ini menjelaskan berapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan.
 - 4) Keluhan Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika menstruasi misalnya sakit yang sangat, pening sampai pingsan, atau jumlah darah yang banyak. Keluhan yang disampaikan pasien dapat merujuk kepada diagnosis tertentu.
- d) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan KB yang lalu.
 - e) Riwayat kehamilan sekarang

f) Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “warning” akan adanya penyulit saat persalina (Hidayat, 2018).

g) Status perkawinan

Data ini penting untuk kita kaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalian (Hidayat, 2018).

h) Pola makan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan (Hidayat, 2018).

i) Pola minum

Pada masa persalina, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi (Hidayat, 2018).

j) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalian (Hidayat, 2018).

k) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya (Hidayat, 2018).

l) Aktivitas seksual

Data yang kita perlukan berkaitan dengan aktivitas seksual adalah sebagai berikut:

- 1) Keluhan
- 2) Frekuensi
- 3) Kapan terakhir melakukan hubungan seksual.

m) Riwayat Psikososial dan Budaya

Keadaan lingkungan sangat mempengaruhi status kesehatan keluarga.

- 1) Berapa kali pasien menikah.
- 2) Sudah berapa lama pasien menikah.
- 3) Respon ibu, suami dan keluarga terhadap kehamilan.
- 4) Jumlah keluarga yang tinggal serumah.

5) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalian.

2. Data Objektif

a) Pemeriksaan umum

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

2) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. (Widhiyastini, 2018). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus

dipantau dengan sangat cermat setelah anestesi kepidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Widhiyastini, 2018).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi.

Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang.

Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi

nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Widhiyastini, 2018).

3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengndikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini. (Widhiyastini, 2018).

Suhu tubuh harus tetap berada dalam rentang normal. Pireksi merupakan indikasi terjadinya infeksi atau ketosis, atau dapat juga berkaitan dengan analgesia epidural. Pada persalinan normal, suhu tubuh maternal

harus diukur sedikitnya setiap 4 jam.
(Widhiyastini, 2018).

4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Ibu hamil yang akan bersalin sering kali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan. (Widhiyastini, 2018).

b) Pemeriksaan fisik

1) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklampsia. Saat menjelang persalinan, ibu akan nampak gelisah ketakutan dan menahan rasa sakit akibat his.

2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis,

bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia.

3) Mulut dan gigi

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

(Widhiyastini, 2018).

4) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan.

5) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan

pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Widhiyastini, 2018).

6) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih.

Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya.

Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal. (Widhiyastini, 2018). Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus. (Handayani & Mulyati, 2017).

7) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina

mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Handayani & Mulyati, 2017).

8) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu (Widhiyastini, 2018).

Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum.

(Handayani & Mulyati, 2017).

9) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf. Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan

harus memeriksa dan mengevaluasi pada

pergelangan kaki, area pretibia, atau jari.

Edema pada kaki dan pergelangan kaki

biasanya merupakan edema dependen yang

disebabkan oleh penurunan aliran darah vena

akibat uterus yang membesar. (Handayani &

Mulyati, 2017).

c) Pemeriksaan khusus

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

2) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Widhiyastini, (2018) perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah seperti pada tabel berikut:

3) Cara menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012) untuk mengukur TBJ dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumusnya:

$$\text{TBJ} = (\text{TFU dalam cm} - n) \times 155 = \text{gram}$$

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

4) Penurunan bagian terbawah janin menurut Manuaba (2012) Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan(perlimaanan).

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

(b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

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


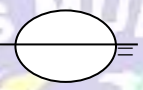


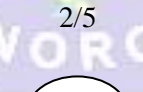
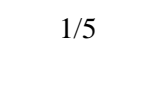
(d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).

(e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.

(f) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak

dapat dirabab dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul.

Tabel 2.9
Penurunan kepala janin menurut system perlima

Periksa luar	Periksa luar	Keterangan
		Kepala diatas PAP mudah digerakkan
	H I-II	Sulit digerakkan bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
	H III-IV	Kepala didasar panggul
	H IV	Di perineum

Sumber : (Marmi, 2011).

- 5) Auskultasi Penilaian denyut jantung janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Menurut Sastrawinata (2010), pada saat persalinan penting diketahui sifat denyut jantung janin (cepat, lambat, dan tak teratur). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

(a) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJnormal.

(b) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaanasfiksia.

(c) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaanasfiksia.

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

6) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.

Menurut Manuaba, (2012). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(a) Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya

kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya)

hingga serviks membuka lengkap (10 cm).

Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

(b) Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi.

(c) Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

(d) Kala IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu.

7) Pemeriksaan dalam

Menurut Manuaba (2012) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

(a) Memeriksa genitalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut diperineum.

(b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium ; Jika ada perdarahan

pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam. Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau airketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ. Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf. Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk. Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi. Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(c) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

(d) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

(e) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak

teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.

(f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam ronggapanggul.

(g) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

8) Pemeriksaan panggul

Menurut Widhiyastini (2018) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

(a) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul.

(b) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan

panggul.

- (c) Spira ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul
- (d) Sudut arcus pubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- (e) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

9) Pemeriksaan penunjang

(a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energi yang ada telah terpakai.

Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non-diabetik yang baru saja mengonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar,

Glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan

kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya pre eklamsi.

(b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg.

d) Diagnosa kebidanan

G \geq 1 P₀ \geq UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu:

- 1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan.
- 2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.
- 3) Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - (a) Kekurangan cairan.
 - (b) Infeksi.

(c) Kram Tungkai.

4) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik.

5) P_{≥1} Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Manuaba (2012):

(a) Retensio plasenta.

(b) Avulsi tali pusat.

6) P_{≥1} Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Manuaba(2012):

(a) Atoniauteri.

(b) Robekan vagina, perineum atau serviks.

(c) Sub involusio sehubungan dengan kandung kemih penuh.

e) Intervensi

1) G_{≥1}P₀>UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/faseaktif.

2) Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan

normal ibu dan bayi sehat Kriteria :

- (a) KU baik, kesadaran komposmentis.
- (b) TTV dalam batas normal T: 100/60 – 130/90 mmHg S: 36 –37°C N: 80–100x/menit R: 16 – 24x/menit.
- (c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
- (d) Kala I pada primigravida <13jam sedangkan multigravida <7 jam.
- (e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1jam.
- (f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
- (g) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida <15menit.
- (h) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- (i) Perdarahan <500cc.

f) Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri,

kolaborasi dan rujukan.

g) Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Menurut Kepmenkes RI (2010), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif,

penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

2.8 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Nifas

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

2) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun.

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

4) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut. Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan.

5) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya

b) Keluhan utama

Menurut Pitriani, (2014) keluhan ringan ringan pada yaitu : pasien merasa mules, sakit pada jlan lahir karena adanya jahitan pada perineum.

c) Riwayat obstetri

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah

anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

2) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada nifas saat ini.

d) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut Kb dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa.

e) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: jantung, DM, Hipertensi, Asma, TBC yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada

saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

f) Pola pemenuhan kehidupan sehari-hari

1) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan.

2) Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah.

3) Polaistirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi

ibu nifas karena dengan istirahat yang cukup mempercepat penyembuhan.

4) Aktivitas sehari-hari

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu diuji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi. Apakah ibu melakukan ambulasi, seberapa sering, apakah kesulitan, dengan bantuan atau sendiri, apakah ibu pusing karena melakukan ambulasi.

5) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea.

6) Aktivitas seksual

Hal yang perlu dikaji yaitu :

Frekuensi : berapa kali pasien melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

Gangguan : apakah mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, seperti nyeri saat berhubungan.

g) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah yang sah atau tidak, karena apabila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya sehingga akan mempengaruhi proses nifas.

h) Kehidupan sosial budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya pada kebiasaan pantangan makan.

i) Data psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologis selama masa nifas sementara ibu akan menyesuaikan diri menjadi seorang ibu.

j) Data Pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan selama masa nifas.

2. Data Obyektif

Dalam menghadapi masa nifas dari seorang klien, seorang bidan harus mengumpulkan data untuk memastikan bahwa

keadaan klien dalam keadaan stabil.yang termasuk dalam komponen – komponen pengkajian data objektif ini adalah :

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Ditunjukan unuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan poengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar).

3) Tanda-tanda vital

Ditujukan unuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang di alaminya :

(a) Temperatur /Suhu

Peningkatan suhu badan mencapai pada 24 jam pertama masa nifas pada umumnya disebabkan oleh dehidrasi, yang disebabkan oleh keluarnya cairan pada waktu melahirkan, selain itu bisa juga disebabkan karena istirahat dan tidur yang diperpanjang selama awal persalinan. Tetapi pada umumnya setelah 12 jam post partum suhu

tubuh kembali normal. Kenaikan suhu yang mencapai $> 38^{\circ}$ C adalah mengarah ke tanda-tanda infeksi.

(b) Nadi dan Pernafasan

1. Nadi berkisar antara 60-80x / menit. Denyut nadi diatas 100x / menit pada masa nifas adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi,hal ini salah satunya bisa diakibatkan oleh proses persalinan sulit atau karena kehilangan darah yang berlebihan.
2. Jika takikardi tidak disertai panas kemungkinan disebabkan karena adanya vitium kordis.
3. Beberapa ibu post partum kadang-kadang mengalami bradikardi puerperal, yang denyut nadinya mencapai serendah- rendahnya 40 sampai 50x / menit, beberapa alasan telahdiberikan sebagai penyebab yang mungkin, tetapibelum ada penelitian yang membuktikan bahwa hal itu adalah suatu kelainan.
4. Pernafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-30x /menit.

(c) Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi post partum, tetapi keadaan ini akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak ada penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam 2 bulan pengobatan.

(d) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki. Menjelaskan pemeriksaan fisik (Pitriani & Andriyani, 2016).

(1) Kepala

1. Rambut : Warna , kebersihan, mudah rontok atau tidak.
2. Telinga : Kebersihan, gangguan pendengaran.
3. Mata : Konjungtiva, sklera, kebersihan, kelainan, gangguan pengelihatan.
4. Hidung : Kebersihan, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak.
5. Mulut Bibir, warna, integritas jaringan (lembab, kering, atau pecah-pecah), gangguan mulut (baumulut).
6. Lidah Warna, kebersihan.

7. Gigi Kebersihan, karies.

(2) Leher

Pembesaran kelenjar limfe, parotitis.

(3) Dada

Keadaan 2 buah dada dan putingsusu

Simetris / tidak, konsistensi, ada pembengkakan / tidak, puting menonjol / tidak, lecet / tidak.

(4) Keadaan Abdomen Uterus

Normal : Kokoh, berkontraksi baik, tidak berada di atas ketinggian fundal saat masa nifas segera.

Abnormal: Lembek, di atas ketinggian fundal saat masa post partum segera.

Kandung kemih : bisa buang air / tak bisa buang air

(5) Keadaan Genetalia

1. Lochea

Normal : Merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan

atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5jam).

Abnormal : Merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2jam)

Keadaan perineum : oedema, hematoma, bekas luka episiotomi / robekan,hecting.

Keadaan anus :hemoroid/tidak.

Keadaan ekstremitas : Varices/tidak, odema/tidak, reflek ekstremitas(+/-).

e) Data penunjang

1) Laboratorium : Kadar HB, Hmt (Haematokrit), kadar leukosit, golongan darah.

B. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa dapat ditegakkan yang berkaitan dengan para, abortus, anak hidup, umur ibu, dan keadaan nifas.Data dasar meliputi :

1. Data Subyektif

Pernyataan ibu tentang jumlah persalinan, apakah pernah abortus atau tidak, keterangan ibu tentang umur, keterangan ibu tentang keluhannya.

2. Data Obyektif

Palpasi tentang tinggi fundus uteri dan kontraksi, hasil pemeriksaan tentang pengeluaran pervaginam, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital.

Masalah

Permasalahan yang muncul berdasarkan pernyataan pasien.

a) Nyeri

Masalah ini biasanya muncul atau dirasakan pasien selama hari-hari awal *post partum*.

Data dasar subjektif :

- 1) Keluhan pasien tentang rasanyeri.

Data dasar objektif :

Post partum hari pertama sampai hari ketiga

Inspeksi : adanya luka jahitan parineum pada persalinan spontan.

b) Infeksi Luka (jahitan atau operasi)

Data dasar subjektif:

- 1) Luka semakinnyeri.
- 2) Badanpanas-dingin.

Data dasar objektif :

- (a) *Vital sign* (adanya peningkatan suhu, frekuensi nadi, dan pernapasan).

(b) Inspeksi : adanya tanda-tanda infeksi pada luka jahitan.

(2)Dolor : perubahan bentuk.

(3)Kalor : perubahan suhu (meningkat).

(4)Rubor : perubahan warna kulit (memerah).

(5)Functio Laesa : gangguan fungsi tubuh.

b) Cemas

Data dasar subjektif :Pasien mengeluh atau mengatakan cemas, takut, selalu menanyakan keadaannya.

Data dasar objektif :Ekspresi wajah pasien kelihatan cemas, sedih, dan bingung (Pitriani & Andriyani, 2016).

c) Perawatan perineum

Penentuan adanya masalah ini pada pasien didasarkan pada belum mampunya pasien untuk melakukan perawatan periniumnya secara mandiri (Pitriani & Andriyani, 2016).

Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat dari kondidi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya. Penyuluhan

konseling dari rujukan untuk masalah- masalah social, ekonomi atau masalah psikososal, adapun hal –hal yang perlu dilakukan pada kasus ini adalah :

- 1) Tentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan, meliputi sasaran dan target hasil yang akan dicapai.
- 2) Tentukan rencana tindakan sesuai dengan masalah dan tujuan yang akan dicapai.

Berikut ada beberapa contoh perencanaan yang dapat ditentukan sesuai dengan kondisi pasien :

(a) Evaluasi secara terus-menerus

- (1) Waspada perdarahan *post partum* karena atonia uteri dengan melakukan observasi melekat pada kontraksi uterus selama 4 jam pertama *post partum* dengan melakukan palpasi uterus.
- (2) Pengukuran *vital sign*.
- (3) Pengeluaran per vagina (waspada perdarahan).
- (4) Proses adaptasi psikologis pasien dan suami.
- (5) Kemajuan proses laktasi.
- (6) Masalah pada payudara.
- (7) *In take* cairan dan makanan.
- (8) Perkembangan keterikatan pasien dengan bayinya.
- (9) Kemampuan dan kemauan pasien untuk berperan dalam perawatan bayinya.

(b) Gangguan rasa nyeri

(1) Nyeri perineum

1. Berikan analgesic oral (Parasetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).
2. Mandi dengan air hangat (walaupun hanya akan mengurangi sedikit rasa nyeri).

(2) Nyeri berhubungan seksual pertama kali setelah melahirkan.

Lakukan pendekatan kepada pasangan bahwa saat hubungan seksual di awal post partum akan menimbulkan rasa nyeri. Oleh karena itu, sangat dipertimbangkan mengenai tehnik hubungan seksual yang nyaman.

(3) Nyeri punggung

1. Berikan obat pereda rasa nyeri (misalnya, Neurobion).
2. Lakukan hsioterapi (masase dan penyinaran).
3. Jaga postur tubuh yang baik (misalnya, duduk selalu tegak, posisi tidur yang nyaman bantal tidak terlalu tinggi).

(4) Nyeri pada kaki

1. Lakukan kompres air hangat dan garam.
2. Tidur posisi kaki lebih tinggi daripada badan.
3. Masase kaki menggunakan minyak kelapa.

- (5) Nyeri pada kepala (sakit kepala)
 1. Berikan obat pereda rasa nyeri.
 2. Kompres air hangat ditengkuk.
 3. Masase pada punggung.
- (6) Nyeri pada leher dan bahu
 1. Kompres air hangat pada leher dan bahu.
 2. Masase bahu dan punggung.
 3. Usahakan posisi tidur yang nyaman dan istirahat cukup.
- (7) Mengatasi infeksi
 1. Kaji penyebab infeksi.
 2. Berikan antibiotika.
 3. Berikan roborantia.
 4. Tingkatkan asupan gizi (diet tinggi kalori tinggi protein).
 5. Tingkatkan *in take* cairan.
 6. Usahakan istirahat yang cukup
 7. Lakukan perawatan luka yang infeksi (jika penyebab infeksi karena adanya luka yang terbuka).
- (8) Mengatasi cemas
 1. Kaji penyebab cemas.
 2. Libatkan keluarga dalam mengkaji penyebab cemas dan alternatif penanganannya.

3. Berikan dukungan mental dan spiritual kepada pasien dan keluarga.
4. Fasilitas kebutuhan pasien yang berkaitan dengan penyebab cemas:
 - a) Sebagai teman sekaligus pendengar yang baik.
 - b) Sebagai konselor.
 - c) Pendekatan yang bersifat spiritual.
5. Memberikan pendidikan kesehatan
 - a) Gizi
 - 1) Tidak berpantang terhadap daging, telur, dan ikan.
 - 2) Banyak sayur dan buah.
 - 3) Banyak minum air putih, minimal 3 liter sehari, terutama setelah menyusui.
 - 4) Tambahan kalori 500 mg sehari.
 - 5) Konsumsi tablet vitamin A dan zat besi selama nifas.
 - b) Hygiene
 - 1) Kebersihan tubuh secara keseluruhan (mandi minimal 2 kali sehari).
 - 2) Ganti baju minimal 1 kali sehari.
 - 3) Ganti celana dalam minimal 2 kali sehari.
 - 4) Keringkan kemaluan dengan lap bersih setiap

kali selesai buang air besar dan kecil, serta ganti pembalut minimal 3 kali sehari.

- 5) Jaga kebersihan kuku (kuku jangan sampai panjang).
- 6) Keramas minimal 2 kali seminggu.
- 7) Bersihkan payudara terutama puting susu sebelum menyusui bayi.

c) Perawatan perineum

- 1) Usahakan luka selalu dalam keadaan kering (keringkan setiap kali setelah buang air).
- 2) Hindari menyentuh luka perineum dengan tangan.
- 3) Bersihkan kemaluan selalu dari arah depan kebelakang.
- 4) Jaga kebersihan daerah perineum (ganti pembalut setiap kali sudah penuh atau minimal 3 kali sehari).

d) Istirahat dan tidur

- 1) bayi sedang tidur.
- 2) Tidurlah Istirahat malam 6-8 jam sehari.
- 3) Istirahat siang 1-2 jam sehari.
- 4) Tidurlah ketika bersebelahan dengan bayi.

e) Ambulasi

Melakukan aktivitas ringan sedini mungkin segera setelah *partus*.

f) KB (Keluarga Berencana)

1) Kaji keinginan pasangan mengenai siklus reproduksi yang mereka inginkan.

2) Diskusikan dengansuami.

3) Jelaskan masing-masing metode alatkontrasepsi.

4) Pastikan pilihan alat kontrasepsi yang paling sesuai untuk mereka.

Implementasi

Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Realisasi dari perencanaan dapat dilakukan oleh bidan, pasien, atau anggota keluarga yang lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab atas terlaksananya seluruh perencanaan. Dalam situasi ketika bidan harus berkolaborasi dengan dokter, misalkan karena pasien mengalami komplikasi, bidan masih tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama tersebut.

Manajmen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya, dan meningkatkan mutu asuhan. Berikut ada beberapa contoh pelaksanaan dari perencanaan asuhan berdasarkan peran bidan dalam tindakan mandiri, kolaborasi, dan tindakan pengawasn (Pitriani & Andriyani, 2016).

1. Tindakan mandiri

- a) Pemantauan dalam 4 jam pertama *post partum* (vital sign, tanda-tanda perdarahan).
- b) Perawatan ibu *postpartum*.
- c) Bimbingan menyusui dini.
- d) Bimbingan pemantauan kontraksi uterus kepada pasien dan keluarga.
- e) Pemberian dukungan psikologis kepada pasien dan suami.
- f) Pemberian pendidikan kesehatan.
- g) Pemberian tablet vitamin A dan zat besi roborantia.
- h) Bimbingan cara perawatan payudara.
- i) Bimbingan cara perawatan diri.

2. Kolaborasi

a) Dengan dokter ahli kandungan Penanganan perdarahan dan infeksi

b) Dengan psikologis

1) Penanganan depresi *post partum* lanjut.

2) Penangan depresi karena kehilangan.

3. Dengan ahli gizi

a) Penanganan anemia berat.

b) Upaya perbaikan status gizi pada ibu nifas dengan status gizi buruk.

c) Penangan pada pasien yang mengalami kehilangan nafsu makan dalam jangka waktu yang lama.

d) Konsultasi penyusunan menu seimbang pada pasien vegetarian.

e) Konsultasi penyusunan menu seimbang pada pasien dengan keadaan tertentu (penyakit jantung, DM, infeksi kronis).

Evaluasi

Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan asuhan yang bidan berikan kepada pasien.

Bidan mengacu pada beberapa pertimbangan, antara lain :

1. Tujuan asuhan kebidanan

- a) Meningkatkan, mempertahankan, dan mengembalikan kesehatan.
- b) Memfasilitasi ibu untuk merawat bayinya dengan rasa aman dan penuh percaya diri.
- c) Memastikan pola menyusui yang mampu meningkatkan perkembangan bayi.
- d) Meyakinkan ibu dan pasangan untuk mengembangkan kemampuan mereka sebagai orang tua dan untuk mendapatkan pengalaman berharga sebagai orang tua.
- e) Membantu keluarga untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan mereka, serta mengemban tanggung jawab terhadap kesehatan sendiri.

2. Efektivitas tindakan untuk mengatasi masalah.

Dalam melakukan evaluasi seberapa efektif tindakan dan asuhan yang bidan berikan kepada pasien, bidan perlu mengkaji respon pasien dan peningkatan kondisi yang bidan targetkan pada saat penyusunan perencanaan. Hasil pengkajian

ini akan bidan jadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan asuhan berikutnya.

3. Hasil asuhan

Hasil asuhan merupakan bentuk konkret dari perubahan kondisi pasien dan keluarga yang meliputi : pemulihan kondisi pasien, peningkatan kesejahteraan emosional, peningkatan pengetahuan, kemampuan pasien mengenai perawatan diri dan bayinya, serta peningkatan kemandirian pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan kesehatan.

2.9 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Diperlukan alat pengenal yang efektif yang harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatkannya sampai waktu bayi dipulangkan. Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi.

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik. Terjadi seborrhea, milliarasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash*.

c) Riwayatantenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Setyowati, 2011).

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 signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium

sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Handayani & Mulyati, 2017).

e) Riwayat postnatal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium. Meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Setyowati, 2011).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat

susu kurang lebih hari ke-6. (Handayani & Mulyati, 2017b). 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. Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran. Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.10
Kebutuhan Nutrisi pada Neonatus

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

10

Sumber : (Handayani & Mulyati, 2017).

2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8 sampai 10 kali atau popok kotor per hari. Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau. (Handayani & Mulyati, 2017).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Handayani & Mulyati, 2017).

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu.

Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Handayani & Mulyati, 2017).

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Handayani & Mulyati, 2017).

5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala

kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

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 (Handayani & Mulyati, 2017).

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Handayani & Mulyati, 2017). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya. (Setyowati, 2011).

2. Data obyektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C . Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan. (Setyowati, 2011).

b) Tanda-tanda vital

1) Suhu

Suhu tubuh paling kurang diukur satu kali sehari. Bila suhu rektal di bawah 36°C , bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas misalnya di dalam inkubator yang mempunyai suhu 36°C – 37°C , dalam pangkuan ibu atau bayi dibungkus dan diletakkan botol-botol hangat disekitarnya. Dapat pula dipakai lampu yang disorotkan ke arah bayi. Disamping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rektal diukur setiap $\frac{1}{2}$ jam sampai suhu tubuh diatas 36°C (Handayani & Mulyati, 2017).

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam

rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5°C (Handayani & Mulyati, 2017).

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu 36,5°C-37,5°C) (Handayani & Mulyati, 2017).

Suhu aksila 36,5°C-37°C sedangkan suhu kulit 36°C-36,5°C (Setyowati, 2011).

2) Pernapasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama \pm 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10–15 menit (Handayani & Mulyati, 2017). Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernafasan 30 sampai 50 kali per menit. (Setyowati, 2011).

Pola pernafasan bervariasi sesuai awitan pernafasan. Pernafasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernafasan pada bayi baru lahir dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai 60 kali per menit. Pernafasan merupakan pernafasan diafragma dan

abdomen(Handayani & Mulyati, 2017). Frekuensi normal pernafasan bayi adalah 30-60x/menit(Setyowati, 2011).

3) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit. Frekuensi jantung 120- 160x/menit ketika istirahat(Handayani & Mulyati, 2017).

Frekuensi jantung bayicepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Setyowati, 2011).

4) Antropometri

(a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Handayani& Mulyati, 2017).

Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan.

(b) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Handayani & Mulyati, 2017).

(c) Pemeriksaan fisik

(1) Kepala

Sutura masih teraba terbuka. Kedua fontanel dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak meregang, adanya *caput suksedaneum* sebagai temuan umum, adanya *sefal hematoma*.

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 suksedaneum* (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 tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya.

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 sampai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18.

Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe di kepala.

(2) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleksi 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 dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Handayani & Mulyati, 2017).

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Setyowati, 2011).

(3) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan.

(4) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Setyowati, 2011).

Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi (Handayani & Mulyati, 2017).

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau

atresia trakeoesofagus (Handayani & Mulyati, 2017).

(5) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak. Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Handayani & Mulyati, 2017).

Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush*.

(6) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 2.

(7) 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 interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris.

Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun(Handayani & Mulyati, 2017).

(8) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna(Handayani & Mulyati, 2017).

Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar(Handayani & Mulyati, 2017).

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis(Handayani & Mulyati, 2017).

Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah.

(9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis.

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan.

(10) Genetalia

1. Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia.

2. Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina.

(11) Anus

Anus berlubang. (Saifuddin, 2010). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya.

(12) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan

jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiapjari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Setyowati, 2011).

13) 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 daripada ujung jari (Setyowati, 2011).

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 di sekitar bokong

(*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Setyowati, 2011). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Handayani & Mulyati, 2017).

Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh.

(d) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah.

(1) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama.

(2) Refleks mencari (*rooting reflex*)

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

(3)Refleks menghisap (*sucklingreflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap.

(4)Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi.

(5)Refleks menoleh(*tonikneckreflex*)

Ketika bayi ditengkurapkan, bayi akan menoleh ke samping atau ke belakang. Ketika bayi dibaringkan seolah-olah bayi akan diangkat, bayi akan mengangkat kepala/refleks leher akan tegak.

(6)Refleks terkejut (*morrereflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi.

(7)Refleks menggenggam (*graspingreflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat.

(8) Refleksi babinsky

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

(9) Refleksi *galanf's*

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4–8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleksi menunjukkan lesi *medulaspinalistransversal*.

(10) Refleksekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh, dijumpai pada usia 4 bulan. Kondisi patologis bila ekstensi lidah persisten adanya *sindrom down*.

(11) Refleksi melangkah (*steppingreflex*)

Cara mengukurnya dengan memegang bayi sehingga kakinya sedikit menyentuh permukaan yang keras. Pada kondisi normal kaki akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras, dijumpai pada usia 4–8 minggu pertama. Kondisi patologis bila refleksi

menetap melebihi 4–8 minggu merupakan keadaan abnormal.

(12) Refleks merangkak (*crawling reflex*)

Cara mengukurnya dengan meletakkan bayi tengkurap di atas permukaan yang rata. Pada kondisi normal bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan dan kaki bila diletakkan pada abdomen. Kondisi patologis bila gerakan tidak simetris adanya tanda kelainan neurologis.

(e) Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash*.

(f) Perencanaan

Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik.

(1) Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

(2) Kriteria :

1. Keadaan umum : baik

2. TTV normal :

S : 36,5-37,5°C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

3. Bayi menyusu kuat.

4. Bayi menangis kuat dan bergerak aktif.

Intervensi menurut marmi (2012) :

a) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dankering.

R/Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.

b) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

c) Beri ASI setiap 2 sampai 3jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung.

d) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dankering.

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 diatas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

- e) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36°C - 37°C . Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

Indrayani, (2013). menambahkan intervensi untuk neonatus yaitu:

- 1) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Indrayani, (2013) :

(a) Kadar glukosa dalam darah $\geq 45\text{mg/dL}$.

(b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi menurut Indrayani, (2013).adalah:

1. Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko
R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.
2. Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.
R/Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.
3. Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.
R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.
4. Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.
R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.
5. Berikan tindakan yang meningkatkan kenyamanan saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energy bayi.

(g) Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Menurut Indrayani, (2013), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi,

evaluasi/follow up dan rujukan.

2.10 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada KB

A. Pengkajian

1. Data Subyektif

a) Biodata

1) Umur

Wanita dan laki-laki usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan(Saifuddin, 2010:U-9).

2) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR(I. B. G. Manuaba, 2010:592).

b) Keluhan utama / Alasan Pemakaian : keluhan utama pada ibu paska salin adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi(Saifuddin, 2010:U-9).

c) Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker

payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes melitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke(Saifuddin, 2010:MK 43-51).

d) Riwayat kebidanan

1) Haid : pada ibu paska salin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL, ketika ibu mulai mendapatkan haidnya lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain disamping MAL. Perdarahan sebelum 58 hari paska persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid)(Saifuddin, 2010:MK-4).

2) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR. Pada ibu pasca keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi. Apabila pada persalinan terjadi perdarahan banyak hingga $Hb < 7$ gr maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi(Saifuddin, 2010:U-53).

3) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor, paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:168).

4) Pola KebiasaanSehari-hari

(a)Nutrisi

KB Hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya(Hartanto, 2015:171).

(b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksai otot(Hartanto, 2015:171).

(c)Istirahat/Tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala(Saifuddin, 2010:U-53).

(d)Aktivitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktivitas karena mudah atau sering pusing dan cepat lelah serta depresi(Hartanto, 2015:171).

(e)Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido(Saifuddin, 2010:U-54).

(f) Riwayat ketergantungan

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin(Saifuddin, 2010:U-54).

2. Data Obyektif

Setelah dibahas data subyektif untuk melengkapi data dalam menegakan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan infeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan.

Data - data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

a) Pemeriksaan Umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110mmHg. Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Saifuddin, 2010:U-54).

2) Pemeriksaan Antropometri

Untuk pemakaian KB hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg. Wanita dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ merupakan batas maksimal dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2010:U-54).

3) Pemeriksaan Fisik

(a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi dan timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin (Saifuddin, 2010:U-55).

(b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin. Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebra pucat mengalami anemia yang memungkinkan terjadinya perdarahan hebat(Saifuddin, 2010:U-55).

(c) Payudara

pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe. Untuk pengguna KB MAL Pembesaran payudara simetris, kedua payudara tampak penuh, puting susu menonjol, ASI keluar lancar. Saat selesai menyusui kedua payudara tampak kenyal dan kosong(Saifuddin, 2010:U-55).

Pemakaian KB hormonal memiliki kontra indikasi pada ibu yang memiliki kanker payudara dimana (pembesaran payudara yang tidak simetris, tegang, ada benjolan abnormal, ada cairan abnormal, puting susu ada tarikan ke dalam, kulit payudara Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010:U-56).

(d) Abdomen

Mengkerut seperti kulit jeruk, ada benjolan pada axilla). Tidak ada tanda-tanda hamil (hiperpigmentasi areola dan papila, payudara membesar dan tegang), tidak sesak nafas. Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010:U-56).

(e) Ekstermitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010:U-56).

B. Diagnosis Kebidanan

P \geq 1, umur 15-49 tahun, menggunakan KB MAL/AKDR/Kontap/ Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi progestin, keadaan umum baik, prognosa baik.

C. Perencanaan

Diagnosa : P \geq 1, umur 15-49 tahun, menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan

kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan :ibu menjadi peserta KB.

1. Kriteria:

- a) ibu memilih alat kontrasepsi.
- b) ibu memakai metode sesuai dengan pilihannya.

Intervensi (Saifuddin, 2010:U-3,U-4)

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Rasional: Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

Rasional: Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien.

Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, kontraindikasi. Rasional: Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.

3) Bantulah klien menentukan pilihannya.

Rasional: klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

4) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangannya.

Rasional: Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu

dukungan dari pasangan klien.

- 5) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

Rasional: Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Persilahkan untuk klien dan suami mengisi *informed consent*.

Rasional: Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- 6) Konseling pra pelayanan KB paska salin meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian, indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan.

Rasional: Jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka dapat lebih mantap dalam pemakaian metode kontrasepsi.

- 7) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

Rasional: Pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

- 8) Memberikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi meliputi penyampaian efek samping penggunaan, yang harus

dilakukan jika timbul keluhan dan jadwal kontrol ulang.

Rasional: Konseling paska pelayanan ibu tidak akan khawatir jika ada efek samping dan kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut.

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010:U-57).

(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 segerarujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

D. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence*

based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Saifuddin, 2010:U-57).

E. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut.

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat, diagnosa dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif,

preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan(Saifuddin, 2010:U-57).

