

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar

2.1.1. Konsep Dasar Kehamilan

A. Konsep Kehamilan

Federasi Obstetri Ginekologi Internasional berpendapat, Kehamilan diartikan sebagai penyatuan atau fertilitas dari spermatozoa dan ovum yang dilanjutkan dengan imlantasi atau penempelan.(Evayanti 2015)

Kehamilan merupakan suatu proses yang berkesinambungan dan terdiri dari pelepasan sel telur (ovulasi), perjalanan sel sperma dan sel telur, konsepsi dan pertumbuhan zigot, implantasi pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.(Hatini 2019)

Sehingga dapat disimpulkan kehamilan adalah hasil konsepsi bertemunya antara sel sperma dengan ovum, kemudian terjadi pembuahan (fertilisasi) dan nidasi sehingga terbentuk janin kemudian mengalami pertumbuhan dan perkembangan.

B. Proses Terjadinya Kehamilan

Untuk terjadinya kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, ppembuahan ovum, nidasi hasil konsepsi. Setiap spermatozoa terdiri atas 3 bagian yaitu kaput atau kepala yang berbentuk lonjong agak gepeng dan mengandung bahan nukleas, ekor dan bagian yang

silinderik (leher) menghubungkan kepala dan ekor. Dengan ekornya spermatozoa dapat bergerak cepat (Anggrani 2013).

Sperma melewati korona radiate atau zona pelusida yaitu lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu sperma. Suatu molekul komplemen khusus di permukaan kepala sperma kemudian menjadi ZP3 glikoprotein di zona pelusida. Pengikatan ini memicu akrosom melepaskan enzim yang membantu sperma menembus zona pelusida. Apabilal sebuah sperma berhasil menembus membrane yang mengelilingi ovum, baik sperma maupun ovum akan berada di dalam membrane yang tidak dapat lagi ditembus oleh sperma lain. Hal ini disebut reaksi zona. Sperma membesar dan menjadi pronukleus pria, sedangkan ekornya beregenarasi. Nukleus menyatu dan kromosom bergabung sehingga dicapai jumlah yang diploid yaitu 46. Dengan demikian konsepsi berlangsung dan erbentuklah zigot. Karena telur yang difertilisasi membelah dengan cepat sedangkan ukurannya tidak bertambah maka terbentuklah sel-sel kecil yang disebut blastomer yang terbentuk pada setiap pembelahan. (Syaiful and Fatmawati 2019)

Pendapat lain mengatakan proses kehamilan aitu bahwa wanita pada umumnya mempunyai 2 indung telur(ovarium) yaitu disebelah kanan dan kiri, dan diperkirakan pada ovarium ini terdapat kira-kia 100.000 folikel primer yang pada setiap bulannya inndung telur akan melepaskan satu atau dua sel telr atau ovum yyang kemudian ditangkap oleh fimbrie dan disalurkan ovum tersebut kedalam tuba.

Untuk setiap kehamilan yang dibutuhkan adalah spermatozoa, ovum, pembuahan ovum, dan nidasi hasil konsepsi. ((Hatini 2019)

Pada aktu koitus, jutaan spermatozoa pria dikeluarkan di vorniks vagina dan disekittar portio wanita, Spermatozoan yang masuk ke dalam alat genetalia wanita dapat hidup selama tiga hari, namun hanya beberapa ratus ribu spermatozoa saja yang dapat bertahan hingga cavum uteri dan tuba, dan beberapa ratus yang dapat sampai ke bagian ampula tuba dimana spermatozoa dapat memasuki ovum yang telah siap untuk dibuahi. Disekitar sl telur terdapat zona pllucida yang melindungi spermatozoa tersebut berkumpul untuk mengeluarkan rasi agar dapat mengikis *pellucida* dan hanya satu spermatozoa yang mampu untuk membuahi sel telur, peristiwa ini disebut pembuahan atau konsepsi. Ovum sendidi siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 4 jam. (Manuaba 2010b)

Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, dimulailah proses pembelahan zogot sambil bergerak menuju cavum uteri oleh arus serta getaran sillia pada permukaan sel-sel tuba dan kontransi tuba. Pada umumnya jika hasil konsepsi telah sampai cavum uteri maka akan terjadi pelekatan pada dinding depan atau belakang uterus dekat fundus ueri, perlekatan itu disebut nidasi dan jika terjadi nidasi barulah dapat dikatakan adanya kehamilan. Setelah adanya kehamilan dibutuhkan sesuatu untuk membuat janin tumbuh dengan baik yaitu plasenta, umumnya plasenta terbeluk dengan lengkap pada usia kehamilan kurang lebih pada usia 16 minggu. Plasenta ini sebagian

besar berasal dari janin dan sebagian kecil berasal dari ibu (Asrinah 2017).

C. Tanda dan Gejala Kehamilan

Tanda kehamilan menurut Manuaba (2010), dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Tanda tidak pasti kehamilan

a. Amenorhea (Tidak dapat haid)

umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan

b. Mual dan Muntah

Biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triulan pertama. Sering terjadi pada pagii hari disebut “moning sickness”

c. Mengidam Ingin makanan khusus

Sering terjadi pada bulan-bulan kehamilan, akan tetapi akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Pingsan

e. Tidak ada selera makan

Hanya berlangsung pada trimester pertama kehamilan, tetapi setelah itu nafsu makan timbul lagi.

f. Mamae menjadi tegang dan membesar

Kadaan ini disebabkan pengaruh hormone esterogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara

g. Sering miksi

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin

h. Konstipasi dan obstipasi

Ini terjadi karena tonus otot terus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

i. Pigmentasi (perubahan warna kulit)

Pada areola mammae, genitalia, kloasma, linea alba yang berwarna lebih tegas, melebar dan bertambah gelap terdapat pada perut bagian bawah.

j. Epulis

Suatu hipertrofi gusi berdarah. Sering terjadi pada triwulan pertama

k. Varises

Karena pengaruh dari hormone estrogen dan progesterone terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah ini terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki, dan betis, dan payudara.

2. Tanda Dugaan Kehamilan

- a. Rahim membesar
- b. Pada pemeriksaan dalam, dijumpai tanda hegar, tanda *chandwick*, tanda *piscaseck*, kontraksi *Braxton hicks*, dan teraba ballotement.
- c. Pemeriksaan ter biologi kehamilan positif

3. Tanda Pasti Kehamilan

- a. Gerakan janin dalam Rahim
- b. Terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin
- c. Adanya Denyut jantung janin. Dapat didengar dengan stetoskop atau dopler.

D. Hormon yang Mempengaruhi Kehamilan

Evayanti (2015), dalam bukunya menyebutkan ada beberapa hormon yang sangat berpengaruh terhadap kehamilan, diantaranya :

1) Progesteron

Hormon ini sudah lazim bekerja pada tubuh perempuan saat tidak hamil. Progesteron meningkat pada tahapan tertentu dalam siklus menstruasi yang terjadi setiap bulan, namun peningkatannya akan menjadi lebih signifikan saat kehamilan.

Progesteron dihasilkan oleh turunan sel telur hingga tiga puluh lima hari pada saat kehamilan. Setelahnya, peran

penghasil progesteron akan diambil alih oleh plasenta. Hormon ini akan terus meningkat hingga akhirnya menurun setelah persalinan. Progesteron menyebabkan otot polos menjadi lemas (relaksasi), termasuk otot polos di rahim dan membantu mencegah persalinan prematur. Selain itu, progesteron juga berperan dalam membentuk sumbatan lendir di saluran leher rahim yang berguna untuk mencegah menjalarnya infeksi dari luar (post-labor infection) ke dalam kandungan.

2) Estrogen

Selain perannya dalam siklus menstruasi, estrogen juga berperan dalam masa kehamilan dengan mempersiapkan rahim agar dapat menerima hormon oksitosin pada saat persalinan nantinya. Pada minggu-minggu pertama kehamilan, kadar estrogen cukup rendah. Kemudian seiring waktu, kadarnya akan meningkat dan akan mencapai puncaknya pada hari-hari menjelang persalinan. Hormon ini juga ikut merangsang pertumbuhan payudara dan puting, yang nantinya akan membantu proses menyusui.

3) Prolaktin

Satu-satunya fungsi hormon prolaktin yang diketahui adalah perannya dalam memproduksi air susu ibu. Produksi hormon ini akan ditekan oleh otak saat sedang tidak hamil (Anggrani 2013).

Pada masa kehamilan, jumlah sel yang menghasilkan hormon prolaktin akan banyak meningkat, sehingga berat kelenjar penghasil prolaktin menjadi 50% lebih berat dibanding saat tidak hamil. Akibatnya, kadar hormon ini dapat mencapai sepuluh kali lipat lebih tinggi dari biasanya.

Berkat kehadiran hormon ini, persediaan ASI terus dijaga.

Kerja prolaktin dipengaruhi oleh kadar hormon estrogen.

4) Oksitosin

Oksitosin adalah hormon yang sangat berperan dalam kontraksi rahim. Oleh karena itu, kehadiran hormon ini sangat penting dalam proses persalinan. Hormon ini juga digunakan dalam proses induksi persalinan (Goyena 2019).

Hormon ini juga dihasilkan tubuh setelah proses persalinan sebagai respon saat si Kecil menghisap puting. Sebenarnya si Kecil tidak dapat begitu saja menghisap puting untuk mendapatkan ASI. Diperlukan dorongan dari dalam payudara. Oksitosin merangsang kontraksi jaringan-jaringan di dalam payudara untuk memompa ASI keluar (Gultom and Huttabarat 2020).

5) hCG (Gonadotropin karionik manusia)

HCG merupakan hormon berupa glikoprotein yang dihasilkan oleh tropoblast merupakan sel yang membentuk plasenta pada trisemester pertama dari kehamilan. Hormon ini strukturnya sangat mirip dengan LH. Konsentrasi hCG

bertambah dua kali lipat setiap 2-3 hari saat kehamilan. Hal ini berfungsi untuk skrining dan membedakan kehamilan normal dan abnormal, menjadi indikasi implantasi abnormal (apabila terjadi kegagalan peningkatan), dan kadar hCG yang lebih tinggi maka akan muncul kehamilan kembar dan kehamilan. Fungsi hormon hCG dapat diamati sebagai berikut :

- 1) Memelihara korpus luteum agar tetap memproduksi estrogen dan progesteron sampai plasenta mampu menghasilkan kedua hormon tersebut dengan sendirinya
- 2) Mencegah involusi normal dari korpus luteum pada akhir siklus seksual wanita
- 3) Mencegah menstruasi dan menyebabkan endometrium terus tumbuh
- 4) Menyimpan nutrisi dalam jumlah besar dan tidak dibuang dalam darah menstruasi
- 5) Merangsang sel-sel interstisial testis sehingga mengakibatkan pembentukan testosteron pada fetus pria sampai waktu lahir
- 6) hPL (Laktogen plasenta manusia)

Hormon ini merupakan hormon protein yang diproduksi secara eksklusif dari plasenta. Struktural hormon ini berhubungan dengan GH dan prolaktin. hPL berperan pada

metabolisme, metabolisme lemak dan karbohidrat menghambat pengambilan glukosa perifer, stimulasi insulin dan peningkatan asam lemak. Selama kehamilan glukosa darah menurun, hal ini terjadi untuk memastikan terdapat pasokan glukosa yang cukup bagi janin. Selama kehamilan konsentrasi hPL akan meningkat selama masa kehamilan. Dengan lebih dari 1 gram per hari diproduksi hPL oleh plasenta. Menurut Evayanti (2015) Fungsi hormon hPL dapat diamati sebagai berikut :

- 1) Menyebabkan perkembangan sebagian payudara dan pada beberapa keadaan menyebabkan laktasi
- 2) Menyebabkan deposit protein dengan cara yang sama seperti hormon pertumbuhan
- 3) Menyebabkan penurunan sensitivitas insulin dan menurunkan penggunaan glukosa pada ibu sehingga membuat jumlah glukosa yang tersedia untuk fetus lebih besar
- 4) Meningkatkan pelepasan asam lemak bebas dari cadangan lemak ibu sehingga menyebabkan sumber energi pengganti untuk metabolisme ibu
- 7) PGH (Placental Growth Hormone) yang berfungsi untuk mengatur pertumbuhan janin.

8) CRH (Corticotropin Releasing Hormone) yang dihasilkan oleh sel sitotrofoblas dan sinsitiotrofoblas.

9) ACTH (Adenocorticotropic Hormone) bersama CRH berperan dalam onset persalinan.

E. Perubahan Fisiologis pada Masa Kehamilan

Hatini (2019) mengatakan plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomamotrophin, esterrogen, dan progesterone yang menyebabkan perubahan seperti dibawah ini :

a. Uterus

Rahim atau uterus normal besarnya satu ibu jari manusia dewasa dengan berat 30 gram. Selama kehamilan Rahim akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gam saat akhir kehamilan. Perubahan pada isthmus ahim menyebabkan isthmus ahim menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Perlunakann itsthmus disebut tanda hegar.

1) Pada usia kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhna diisi oleh amnion. Tinggi Rahim adalah setengan dari jarak simfiis dan pusat. Pada saat ini plasenta telah tebentuk seluruhnya.

2) Pada usia kehamilan 20 minggu, tinggi fundusahim teletak dua jari dibawah usat sedangkan pada usia 24 munggu tepat ditepi atas pusat.

- 3) Pada usia kehamilan 28 minggu tinggi fundus uteri sekitar 3 jari di atas pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan prosesus xifoideus.
- 4) Pada usia kehamilan 32 minggu, tinggi fundus uterus adalah setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- 5) Pada usia kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uterus adalah setengah jarak prosesus xifoideus, dan kepala bayi belum masuk pintu atas panggul
- 6) Pada usia kehamilan 40 minggu fundus uterus turun setinggi tiga jari dibawah prosesus xifoideus, dikarenakan pada saat ini kepala janin telah masuk pintu atas panggul.

b. Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh esterogen sehingga Nampak makin berwarna kebiru-biruan (Manuaba 2010b).

c. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vili koealis yang mengeluarkan hormone kronik gonadotropin.

(Safriana, Mulyani, and Rachmawati 2019).

d. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Pada areola ibu hamil akan mengalami hiperpigmentasi-hitam, granula makin tampak puting susu makin menonjol dan payudara menjadi lebih besar. (Manuaba 2010b)

e. Sirkulasi Darah Ibu

Hal ini disebabkan karena meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan dan perkembangan janin dalam Rahim. Sehingga jumlah sel darah merah meningkat, pada system respirasi terjadi desakan diafragma karena dorongan Rahim yang makin membesar. Pada system pencernaan mengakibatkan asam lambung meningkat sehingga dapat menyebabkan hipersaliva, lambung terasa panas, emesis gravidarum, sakit kepala/pusing dan obstipasi. Selain itu terjadi pula perubahan warna kulit dan semakin meningkatnya kebutuhan nutrisi. (Manuaba 2010b)

F. Perubahan Psikologis pada Masa Kehamilan

Kehamilan akan menyebabkan perubahan baik secara fisik maupun psikologis. Ibu akan merasakan banyak perubahan selama hamil. Setiap tiga periode perubahan (trimester) kehamilan yang ibu alami tentu berbeda antara satu dengan yang lain. Selain perubahan fisik, perubahan psikologis pun akan turut mewarnai kehamilan ibu (Anggrani 2013).

Perubahan psikologis yang biasanya terjadi menurut Anggraini (2013) antara lain :

1) Perubahan Psikologis pada Trimester 1

1. Emosi labil dan suasana hati yang berubah-ubah. Hal ini disebabkan oleh perubahan hormone dan rasa cemas akan kehamilan yang berlebihan.
2. Berlebihan dalam memperhatikan perubahan pada tubuh. Selain karena perasaan bangga akan kehamilan, sikap ini juga dipicu oleh perasaan khawatir atas perubahan bentuk tubuh yang berubah menjadi lebih besar. Jika ibu terlalu berlebihan menyikapi perubahan tubuh dapat mengakibatkan ibu semakin cemas.
3. Selalu mencari dukungan atas kehamilan.
4. Mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa ibu sedang hamil

2) Perubahan Psikologi pada Trimester 2

1. Emosi sudah mulai stabil
2. Kondisi tubuh ibu sudah lebih nyaman dan sehat
3. Benar benar percaya bahwa ibu hamil
4. Perut belum terlalu besar, semakin banyak rasa nyaman yang dapat ibu rasakan.
5. Libido dan gairah seks meningkat

3) Perubahan Psikologis pada Trimester 3

1. Kembali tidak nyaman dalam beraktivitas

2. Khawatir akan kesehatan janin. Kehawatiran yang kerap kali muncul menjelang persalinan adalah kondisi kesehatan janin. Ada perasaan takut bayi lahir cacat, sakit, atau bahkan tidak selamat.
3. Semakin merindukan sikecil
4. Takut menjalani persalinan.

G. Perubahan dan Perkembangan Janin

- a. Kehidupan janin di dalam Rahim ibu dibagi menjadi tiga fase yaitu fase germinal, embrional dan fetus

- a. Fase Germal

Berlangsung pada waktu 10-14 hari setelah pembuahan, zigot hasil konsepsi berkembang cepat 72 jam setelah pembuahan, membelah diri menjadi 32 sel dan sehari kemudian sudah 72 sel. Pembelahan ini berlangsung terus sampai menjadi 800 miliar sel lebih, dari sinilah manusia berkembang.

Dalam fase ini terbentuklah saluran yang menempel pada uterus yang dicapai selama 3-4 hari yang kemudian berubah bentuk menjadi blastokista yang terapung bebas dalam uterus selama satu atau dua hari. Beberapa sel pinggir blastokis membentuk piringan embrionik merupakan masa sel yang tebal dan dari sinilah bayi akan tumbuh. Masa ini mengalami masa diferensiasi

menjadi 3 lapisan, bagian atas yaitu ectoderm, bagian bawah yaitu endoderm dan bagian tengah mesoderm.

b. Fase Embrional

Berkembang mulai pada minggu ke 2-8 setelah pemuatan. Selama fase ini system pernafasan dan tubuh tumbuh dan berkembang dengan cepat. Pada periode pertumbuhan embrional ini sangatlah peka terhadap pengaruh lingkungan. Keadaan tidak normal atau cacat pada waktu lahir dapat terjadi karena adanya gangguan pada masa kandungan berusia tiga bulan pertama.

Selama pertumbuhan embrio terjadi pembelahan sel, dan relative lebih cepat dari periode lainnya. Pertumbuhan embrio yang cepat tersebut menunjukkan kebutuhan oksigen dan zat gizi yang tinggi untuk setiap unit masa embrio. Apabila defisit hal tersebut dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan yang permanen.

c. Fase Fetus

Berkembang 8 minggu setelah pemuatan. Sel tulang pertama mulai tumbuh dan embrio menjadi anin. Dari periode ini sampai saat kelahiran bentuk tubuh makin sempurna, bagian-bagian tubuh tumbuh laju yang berbeda-beda dan janin sendiri tumbuh memanjang sampai kira-kira 20 kalinya.

Selama janin tumbuh dan berkembang total cairan tubuh menurun dari 92 menjadi 72%. Perubahan ini diikuti oleh peningkatan protein dan lemak selama dua bulan terakhir kehamilan, dimana peningkatan protein lebih banyak daripada lemak. Selain itu pada janin terjadi pula penambahan yang nyata pada natrium, kalsium dan seng.

b. Pertumbuhan Janin Berdasarkan Trimester

1) Trimester 1

Pada trimester pertama merupakan masa dimana sistem organ dibentuk dan mulai berfungsi. Pada minggu ke 3 sel mulai membentuk organ spesifik dan bagian-bagian tubuh. Minggu ke 1, jantung telah lengkap dibentuk dan mulai berdenyut, sebagian besar organ telah dibentuk dan janin mulai dapat bergerak.

2) Trimester 2

Pada awal trimester kedua berat janin sekitar 100 gram. Gerakan janin sudah mulai dapat dirasakan ibu. Tangan, jari kaki dan jari tangan sudah terbentuk, janin sudah dapat mendengar dan mulai membentuk gusi serta tulang rahang. Organ tersebut terus tumbuh menjadi bentuk yang sempurna, dan pada saat ini denyut jantung janin sudah dapat dideteksi dengan dopler, bentuk janin juga sudah menyerupai bayi.

3) Trimester 3

Pada trimester 3 berat janin sekitar 1-5 kg. pada periode ini uterus semakin besar sampai berada di area xypodeus. Uterus menekan keatas kearah difragma.setelah usia kehamilan mencapai sekitar 38 minggu – 30 minggu, bayi yang lahir disebut prematur, memiliki kesempatan untuk hidup baik bila dirawat dalam suatu peraan bayi baru lahir resiko tinggi.

Berikut Tabel perkembangan janin di dalam Rahim menurut manuaba :

Tabel 2.1.

Perkembangan Janin setiap bulan

Usia Kehamilan	Panjang Janin	Organ Yang Terbentuk
4 minggu	7,5-10mm	Rudimeter : Hidung, telinga dan mata
8 minggu	2,5cm	Kepala kearah dada, hidung, telinga, mata mulai terbentuk
12 minggu	9cm	Daun telinga mulai terbentuk, tampak kelopak mata, leher mulai terbentuk, alat genetalia luar mulai tampak
16 minggu	16-18cm	Genetalia eksterna mulai tampak, hidung dan telinga sudah namak jelas
20 minggu	25cm	Kulit semakin tebal, rambut kepala mulai tumbuh, rambut lanugo mulai tampak
24 minggu	30-32cm	Pada kelopak mata tummbuh alis dan bulu mata, kulit semakin jelas dan keriput, kepala semakin besar, dierensiasi sistem pernafasan,
40 minggu	50-55cm	Janin cukup bulan, terdapat lanugo dengan baik, testis turun ke sekrotum, pusat penulangan pada tibia proksimal

Sumber : (Anggraini, 2013)

H. Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester 3

a. Sulit tidur, karena posisi tidur tidak bisa nyaman sebelumnya. Jika tidur terlentang, akan timbul rasa sesak karena himpitan dari rahim. Karena itu, dianjurkan untuk tidur miring (Wibisono, 2010).

b. Edema Devenden dan Varises

Disebabkan karena adanya gangguan sirkulasi vena dan meningkatnya tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Hal ini disebabkan karena adanya penekanan uterus pada vena panggul saat ibu hamil duduk dan penekanan pada vena kafa inferior saat ibu hamil berbaring. (Hatini 2019)

c. Peningkatan Frekuensi Berkemih dan Konstipasi

Frekuensi berkemih pada trimester ke 3 sering dialami pada kehamilan primi setelah terjadi lightening. Efek lightening adalah bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan kandung kandung kemih, sehingga merangsang untuk berkemih. Terjadi pola berkemih dari diurnal menjadi nokturia karena edema dependem yang terakumulasi sepanjang hari di ekskresi. Cara megatasinya adalah menyarankan kepada ibu untuk mengurangi asupan cairan di malam hari menjelang tidur agar tidak mengganggu kenyamanan tidur malam (Leveno 2018).

Sedangkan konstipasi diduga akibat penurunan peristaltic usus besar karena relaksasi pada otot usus besar mengalami penurunan akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi menyebabkan penekanan pada usus (Hatini 2019)

d. Nyeri ligament

Hal ini diduga akibat peregangan dan penekanan berat uterus yang meningkat pada ligament. Nyeri ligamen juga bisa disebut nyeri punggung bagian bawah yang disebabkan karena pergeseran pusat gravitasi dan perubahan postur tubuh. (Hatini 2019)

e. Sesak Nafas

Sering bertambahnya usia kehamilan, uterus mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma juga akan mengalami elevasi 4 cm selama kehamilan (Marmi 2014).

f. Keram Kaki

Pembesaran Uterus menyebabkan penekanan pada pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sistem sirkulasi dan sistem syaraf sedangkan sistem syaraf ini harus melewati foramen obturator untuk bisa sampai ke ekstermitas bagian bawah (Marmi 2014).

g. Penglihatan kabur, Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan

ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklamsi (Pantikawati, 2010)

I. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Yuanita dan Fatmawati 2019 bahwa kebutuhan fisiologis ibu hamil sebagai berikut :

a. Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernapasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu melakukan:

1. Latihan nafas melalui senam hamil
2. Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
3. Makan tidak terlalu banyak
4. Kurangi atau hentikan rokok
5. Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan seperti asma dan lainnya.

b. Nutrisi

Di trimester ke 3, ibu hamil butuh bakal energy yang memadai. Selain untuk mengatasi beban yang kian berat, juga sebagai cadangan energy untuk persalinan kelaak. Maka dari itu ibu perlu memakan makanan yang bergizi, gizi waktu hamil juga perlu ditingkatkan hingga 300 kalori per hari. Pertumbuhan otak janin akan terjadi cepat sekali pada 2 bulan terakhir menjelang persalinan, karena itu jangan sampai kekurangan gizi. Berikut adalah gizi yang sebaiknya lebih diperhatikan pada kehamilan trimester ke 3, tanpa mengabaikan gizi lainnya.

1. Kalori

Kebutuhan kalori yang dibutuhkan ibu hamil adalah 2500kkal setiap harinya, dengan penambahan berat badan yang ideal selama kehamilan adalah tidak lebih dari 10-12 kg

2. Protein

Jumlah protein yang dibutuhkan ibu hamil adalah 25gram per hari.

3. Asam Folat

Jumlah asam folat yang dibutuhkan ibu hamil adalah 400mikrogram perhari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastic pada ibu hamil.

4. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram.

Kalsium sendiri dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi perkembangan otot dan rangka.

Sumber kalsium yang sudah diperoleh adalah susu, keju yogurt.

5. Yodium

Yodium dibutuhkan sebagai pembentuk senyawa tiroxin yang berperan mengontrol setiap metabolisme sel baru yang terbentuk. Bila kekurangan senyawa yodium, akibatnya proses perkembangan janin, termasuk otaknya terhambat dan terganggu. Janin akan tumbuh kerdil. Angka yang ideal untuk mengonsumsi yodium adalah 175 mikrogram perhari.

6. Air

Air sangat penting untuk pertumbuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh, melarutkan dan mengatur proses metabolisme zat-zat gizi serta mempertahankan volume darah yang meningkat selama masa kehamilan.

c. Personal Hygiene

Pada masa kehamilan kebersihan tubuh harus tetap dijaga.

Mandi dianjurkan dua kali sehari karena ibu cenderung memiliki lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan

dapat dengan mudah kuman berinvestasi. Selain itu daerah yang vital juga memerlukan perawatan yang khusus dikarenakan pada masa kehamilan terjadi pengeluaran sekret vagina. Selain mandi, mengganti celana dalam secara rutin juga sangat dianjurkan. (Gultom and Huttabarat 2020)

d. Pakaian

Pakaian yang dianjurkan untuk wanita hamil adalah :

1. Longgar, nyaman dan mudah dikenakan
2. Bahan pakaian yang menyerap keringat
3. Menggunakan bra yang dapat menyokong payudara dan bersih
4. Memakai sepatu hak rendah

(Gultom and Huttabarat 2020)

e. Seksual

Salah satu kebutuhan biologis manusia adalah kebutuhan untuk melakukan hubungan seks. Perubahan lain yang dapat terjadi pada aktivitas seks adalah pada masa hamil.

Hubungan seks waktu hamil bukan merupakan halangan.

Seorang wanita sehat dengan kehamilan normal bisa terus berhubungan seks sampai usia kandungannya mencapai 9 bulan tanpa perlu takut melukai diri sendiri atau janinnya.

Sebab janin dilindungi Rahim dan cairan ketuban di dalam rahim dan otot-otot kuat disekitar Rahim melindungi bayi

dari guncangan. Bayi juga terlindungi dari penetrasi penis karena adanya lapisan lender tebal yang melindungi leher Rahim dan membantu mencegah infeksi. (Gultom and Huttabarat 2020)

f. Mobilisasi dan Body Mekanik

Mobilitas merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatan ibu hamil boleh melakukan kegiatan fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, mengajar dan lainnya. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat. Pertumbuhan Rahim yang membesar akan menyebabkan perenggangan ligament atau otot sehingga pergerakan ibu hamil akan menjadi terganggu dan sedang kala menimbulkan rasa nyeri. (Gultom and Huttabarat 2020)

Mobilisasi dan body mekanik harus memperhatikan cara-cara yang benar antara lain:

1. Menghindari beban yang berat
2. Gunakan kasur empuk untuk tidur
3. Gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan

punggung

4. Hindari tidur terlenang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah terhambat
5. Boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari selama tidak memberikan gangguan
6. Aktivitas dibatasi apabila didapatkan penyulit abortus prematurus imminens, ketuban pecah, menderita kelainan jantung
7. Melakukan latihan / senam hamil agar otot-otot tidak kaku
8. Jangan melakukan gerakan tiba-tiba / spontan
9. Jangan mengangkat secara langsung benda-benda yang cukup berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat benda
10. Apabila dengan tidur, miring dulu baru kemudian bangkit dari tempat tidur

g. Istirahat

Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat atau tidur yang cukup. Kurangnya istirahat atau tidur ibu hamil akan terlihat pucat, lesu dan kurang gairah. Usahakan tidur malam 8 jam dan tidur siang 1 jam, bila kehamilan dibawah 3 bulan maka anda diperbolehkan banyak-istirahat. Terutama bila kandungan lemah maka sebaiknya anda banyak istirahat di tempat tidur. Selama masa kehamilan, istirahat memang memegang peranan yang

sama penting pada kegiatan. Pada masa awal kehamilan, ibu hamil akan merasa lebih lelah dari biasanya, oleh sebab itu perbanyaklah istirahat atau tidur. Tidur siang sangat dianjurkan, atau beristirahatlah beberapa kali disiang hari. Upayakan untuk menyederhanakan kegiatan sehari-hari. Umumnya ibu mengeluh atau posisi tidurnya jadi tidak nyama. Tidur yang cukup akan membuat ibu relax, bugar dan sehat. Solusinya saat hamil tua, tidurlah dengan menggajjal kaki dari tumit hingga betis mengukan bantal. Kemudian lutut hingga pangkal paha diganjjal dengan 1 bantal. Bagian punggung hingga pingga juga perlu diganjjal bantal. Letak bantal bisa disesuaikan, jika ingin miring kekiri, bantal bisa diatur sedemikian rupa hingga ibu merasa nyaman. Begitu juga bila ibu pengen tidur menghadap kanan (Gultom and Huttabarat 2020).

Posisi tidur yang paling dianjurkan adalah tidur miring kekiri, posisi ini berguna untuk mencegeh varices, sesak nafas, bengkak pada kaki, serta dapat meperlancar sirkulasi darah terutama untuk perkembangan janin. Billa ibu sulit tidur, cobalah untuk mendengar music yang lembut yang akan mengiringi perasaan dan pikiran menjadi lebih tenang sehingga tubuh dan perasaan menjadi lebih relax (Hatini 2019).

h. Eliminasi

Kebutuhan eliminasi terdiri dari dua macam yaitu eliminasi urine dan eliminasi alvi. Eliminasi urine adalah proses pembuangan sisa metabolisme tubuh baik berupa urine atau alvi. Eliminasi alvi adalah proses pengosongan usus yang sering disebut buang air besar.

1) Eliminasi yang terjadi pada ibu hamil

Trimester 1 frekuensi BAK meningkat karena kandung kencing tertekan oleh pembesaran uterus, BAB normal konsistensi lembek. Trimester 2 frekuensi BAK normal kembali karena uterus telah keluar dari rongga panggul. Trimester 3 frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala bayi, BAB sering obstipasi karena hormone progesterone meningkat (Gultom and Huttabarat 2020).

i. Senam

Berhubungan dengan adanya epegangan otot pelunakan ligament dan perlonggaran persendian sehingga area ang paling bawah terpengaruh adalah : tulang belakang, otot dasar panggul (menahan berat badan menahan tekanan uterus).

Tujuan menyangga dan menyesuaikan tubuh agar lebih baik dalam menyangga beban kehamilan, memperkuat otot untuk menopang tekanan tambahan, membangun daya

tahan tubuh, memperbaiki sirkulasi dan respirasi, menyesuaikan dengan adanya penambahan berat badan dan perubahan keseimbangan, meredakan ketegangan dan membangun relaksasi, membentuk kebiasaan bernaafas yang baik, memperoleh kepercayaan sikap mental yang baik.(Gultom and Huttabarat 2020)

- j. Pada masa kehamilan ibu hamil diharuskan melakukan imunisasi tetanus toksoid(TT). Gunanya pada antenatal dapat emnurunkan kematian bayi dikarenakan tetanus. Ia juga dapat mencegah kematian ibu yang disebabkan oleh tetanus, terutama imuisasi tetanus untuk melindungi bayi terhadap tetanus neonatorum. Imunisasi tetanus dilakukan pada trimester 1-2 pada kehaamilan 3-5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Dilakukan suntikan secara IM dengan dosis 0,5 ml. imunisasi ang lain dilakukan dengan indikasi yang lain.menurut WHO seorang ibu tidak pernah diberikan imunisasi tetanus, sedikitnya 2 kali injeksi selama kehamilan (1 pada saat kunjungan antenatal, 1 dan 2 pada 2 minggu kemudian.. jadwal pemberian suntikan tetanus adalah :

Tabel. 2.2

Jadwal pemberian imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama Perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 mgg setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/ seumur hidup	99

Sumber : (Gultom and Huttabarat 2020)

J. Tanda Bahaya atau Komplikasi Kehamilan

Terdapat beberapa tanda bahaya yang perlu ibu waspadai ketika sedang hamil. Didalam buku karya Gultom &Huttabarat (2020) telah disebutkan beberaa tanda bahaya kehamilan, diantaranya:

a. Hiperemesis Gravidarum

Keadaanmual muntah pada kehamilan yang menetap dengan frekuensi kurang dari kali dalam sehari disertai penurunan Berat Badan Ibu.

b. Perdarahan Pervaginam

Kehamilan biasanya identic dengan berheninya haid sehingga tidak ada perdarahan pervaginam, tetapi banyak pula ibu hail yang mengalami perdarahan pada trimester 1.

Darah yang keluar biasanya darah segar dan berwarna

kehitaman. Perdarahan pervaginam yang terjadi biasanya ringan, namun menetap selama beberapa hari atau tiba-tiba keluar dalam jumlah yang banyak. Perdarahan pervaginam pada trimester awal biasanya disebabkan karena abortus, molahidatidosa, atau kehamilan ektopik. (Asrinah 2017)

1) Plasenta Previa

Perdarahan tanpa rasa nyeri, terjadi kapan saja dan secara tiba-tiba. Bagian terendah janin sangat tinggi karena plasenta terletak di Rahim bagian bawah mendekati pintu atas panggul. Ukuran Rahim lebih besar dan panjang dan lebih sering diikuti dengan kelainan letak.

2) Solusio Plasenta

Perdarahan dengan rasa nyeri, kadang darah tidak keluar dan terkumpul dibelakang plasenta. Tanda-tandanya Rahim terasa lebih keras karena seluruh perdarahan tertahan didalam. Umumnya berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok. Palpasi sulit dilakukan, dan fundus makin lama semakin naik.

c. Abortus

Peristiwa berakhirnya kehamilan pada usai kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 1000

gram disebut abortus. Menurut Asrinah, 2017 menyebutkan beberapa jenis abortus yaitu:

1) Abortus Imminens

Abortus yang mengancam jiwa, perdarahan berlanjut atau perarahan berulang. Pada abortus imminens hasil konsepsi masih dapat dipertahankan.

2) Abortus Insipiens

Apabila ibu mengalami perdarahan hebat disertai nyeri dan kadang keluar gumpalan darah karena kontraksi Rahim yang kuat dan adanya dilatasi serviks. Abortus ini dapat menyebabkan kematian pada ibu bila tidak segera mendapat pertolongan, sedangkan sisa hasil konsepsi yang masih ada didalam uterus ibu dapat menyebabkan infeksi.

3) Abortus Inkompletus

Apabila sebagian janin telah lahir sedangkan bagian yang lain masih tertinggal. Biasanya perdarahan akan terus berlangsung, perdarahan terus bberlangsung dan banyak serta membahayakan keselamatan jiwa ibu.

Serviks tetap membuka karena pengeluaran hasil konsepsi belum sempurna dan benda didalam Rahim masih dianggap benda asing. Uterus akan berkontraksi untuk mengeluarkan benda asing tersebut sehingga ibu akan merasakan nyeri.

4) Abortus Kompletus

Hasil konsepsi lahir lengkap dan kuretase tidak perlu dilakukan. Apabila hasil konsepsi dikeluarkan selambat-lambatnya 10 hari maka perdarahan akan dapat berkurang dan serviks segera menutup kembali.

5) Missed Abortion

Terjadi Ketika kehamilan yang tertahan didalam Rahim selama 8 minggu lebih, terjadi perdarahan pervaginam dan Rahim tidak membesar dan bahkan bisa mengecil akibat penyusutan air ketuban.

d. Sakit Kepala Hebat

Sakit kepala sseringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Namun sakit kepala yang menetap dan tidak kunjung hilang dengann beristirahat adalah masalah yang serius. Akibat dari sakit kepala ini kadang ibu akan mengalami penglihatan kabur. Dan sakit kepala yang menetap serta tidak kunjung hilang adalah salah satu tanda preeklamsia .

e. Penglihatan Kabur

Penglihatan ibu dapat berubah selama kehamian karena pengaruh hormonal. Perubahan yang ringan adalah wajar, namun perubahan penglihatan yang mendadak mengindikasikan keadaan yang berbahaya. Biasanya

perubahan ini disertai sakit kepala yang hebat dan kemungkinan menandakan preeklamsi.

f. Odema Wajah dan jari tangan

Sebagian besar ibu hamil mengalami odema yang normal pada kaki dan muncul pada sore hari dan berangsur pulih setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Odema pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan meninggikan kaki disertai keluhan lain dapat menjadi pertanda keadaan yang serius seperti pertanda preeklamsi, penyakit jantung, dan anemia.

g. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air air dari vagina pada trimester 3. ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada aterm. Normalnya selaput ketuban pecah pada akhir kala 1 atau awal kala.

h. Gerakan Janin Tidak Terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin pada trimester 3. Normalnya ibu merasakan janinnya bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Gerakan janin akan mudah terasa jika ibu makan dan minum dengan baik. Gejalanya gerakan janin kurang dari kali dalam jam.

i. Nyeri Perut Hebat

Nyeri abdomen yang berhubungan dengan persalinan normal adalah normal, namun apabila ibu mengalami nyeri abdomen yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat dapat menunjukkan masalah yang serius. Hal ini bisa menjadi tanda dari kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, atau penyakit infeksi lain.

j. Anemia

Penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin didalam sirkulasi darah. Umumnya pada ibu hamil volume plasma meningkat secara bertahap sampai 50% atau sekitar 1200ml. peningkatan hemoglobin total adalah sekitar 25% atau 300ml. hemodilusi relative ini menyebabkan penurunan konsentrasi hemoglobin yang mencapai titik terendah di trimester 2 kehamilan dan meningkat kembali pada trimester ke-3.

Anemia pada kehamilan biasanya disebabkan karena kekurangan zat besi, menurut WHO sendiri kejadian anemia pada ibu hamil berkisar antara 20% sampai 89% dengan menetapkan HB 11 gr% sebagai batasan. Anemia ringan apabila kadar hemoglobin 9-10gr%, anemia sedang apabila kadar hemoglobin 7-8gr%, dan anemia berat apabila kadar hemoglobin kurang dari 7gr%. (Sulistiyanti and Sunarti 2015)

K. Diagnosa Banding Kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnose banding seperti yang dikemukakan oleh Asrinah (2017) diantaranya:

a. Hamil palsu (Pseudocyesis)

Dujumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat cangih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.

b. Tumor Kandungan atau mioma uteri

Terdapat pembesaran Rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil. Bentuk pembesaran tidak merata. Mengalami perdarahan yang banyak pada saat menstruasi.

c. Kista Ovarium

Adanya pembesaran perut, tetapi tidak disertai tanda kehamilan. Menstruasi terus berlangsung. Lamanya pembesaran perut melebihi umur kehamilan.

d. Hematometra

Terlambat menstruasi yang dapat melampaui usia kehamilan. Perut terasa sakit setiap bulan, terjadi tumpukan darah didalam Rahim, tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif. Hal ini disebabkan karena hymen imperforata.

L. Pelayanan ANC

Pelayanan Antenatal Care adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan terhadap ibu hamil untuk memelihara kehamilannya. Tujuan dari pelayanan antenatal care adalah mengantarkan ibu hamil agar dapat bersalin dengan sehat dan memperoleh bayi yang sehat, deteksi dan antisipasi dini kelainan kehamilan serta deteksi dan antisipasi dini kelainan janin (Maternity, et al 2017).

Pelayanan antenatal care terpadu adalah keterpaduan pelayanan antenatal dengan beberapa program lain yang memerlukan intervensi selama kehamilan. Tujuan dari ANC Terpadu ini menyediakan pelayanan yang komprehensif dan berkualitas, menghilangkan missed opportunity, deteksi dini kelainan/penyakit/ gangguan pada ibu hamil, intervensi dini terhadap kelainan atau gangguan atau penyakit lain, serta menyediakan rujukan sesuai sistem yang ada.

1) Standar Pelayanan ANC

Menurut Kemenkes (2017) standar pelayanan ANC meliputi :

a. Identifikasi Ibu Hamil

Dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui anamnesisi dan identifikasi factor resiko kehamilan, persalinan dan nifas serta melakukan kunjungan rumah

dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi.

b. Pemeriksaan dan Pemantauan Ibu Hamil

Pemeriksaan kehamilan dilakukan minimal 6 kali dalam 3 trimester. 2 kali pada saat TM 1, 1 kali pada saat TM 2, 3 kali pada saat TM 3, melakukan anamnesis dan pemeriksaan dengan standar 14 T.

Menurut Kusmiyati,2009 dalam (Sulistiyanti and Sunarti 2015) standar minimal Antenatal Care yang disebut “14T”, yaitu :

1. Ukur tinggi badan
2. Timbang berat badan
3. Ukur tekanan darah
4. Ukur tinggi fundus uterus
5. Pemberian imunisasi TT Lengkap
6. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
7. Tes penyakit menular seksual
8. Temwicara dan konseling dalam rangka rujukan
9. Tes protein urine
10. Tes urine gllukosa
11. Tes Hb
12. Senam hamil
13. Pemberian obat malaria

14. Pemberian obat gondok.

c. Palpasi Abdominal

Palpasi abdominal dilakukan untuk mengetahui letak dan presentasi janin sehingga dapat memberikan konseling dan asuhan yang sesuai dengan kondisi ibu hamil.

d. Pengelolaan anemia dan kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan dengan memberikan tablet fe, penemuan khusus anemia dengan pemeriksaan Hb, penanganan dan rujukan hasil temuan.

e. Pengelolaan dini hipertensi dalam kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan wajib paham tanda preeklamsia.

f. Persiapan persalinan

Persiapan dimana ibu akan bersalin, kisaran waktu persalinan, dan siapa penolong serta pendamping persalinan, persiapan donor darah, dan abersalin, persiapan identitas diri, jaminan kesehatan dan sosial yang digunakan, serta persiapan transportasi yang akan digunakan. Hal ini tertuang dalam buku KIA ibu sebagai amanat persalinan yang disetujui oleh keluarga dan diketahui oleh bidan.

2) Pelayanan Antenatal Care pada Era Pandemi *Covid-19*

Pada era pandemi *Covid 19* tentunya pelayanan Antenatal Care harus tetap dilaksanakan. Sehingga prosedur dan tindakannya akan sedikit berbeda dengan pelayanan ketika sebelum ada pandemi *Covid-19*. Pelayanan Antenatal Care pada era pandemi *Covid-19* dapat dilakukan sesuai dengan tacara ang telah di paparkan oleh Kemenkes (2020), yaitu:

- a. Untuk pemeriksaan ibu hamil pertama kali, buat janji dengan dokter agar tidak menunggu lama selama perjalanan ke fasilitas pelayanan kesehatan tetap melakukan pencegahan penularan *Covid-19* secara umum.
- b. Pengisian stiker program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dipandu bidan/perawat/ doter 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 resiko/ tanda bahaya maka perikasakan 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 aktifitas 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 pandemic *Covid-19*
- i. Tenaga kesehatan tetap melakukan pencegahan *Covid-19*, jaga jarak minimal 1 meter jika tidak diperlukan tindakan
- j. Tenaga kesehatan harus segera memberi tahu tenaga penanggung jawab ineksi ditempatnya bekerja, apabila kedatangan ibu hamil yang telah terkonfirmasi *Covid-19* atau pasien dalam pengawasan.
- k. Tempatkan pasien yang telah terkonfirmasi *Covid-19* atau pasien dalam pengawasan dalam ruang khusus yang sudah disiapkan sebelumnya, apabila rumah sakit tersebut sudah siap sebagai pusat rujukan pasien *Covid-*

19. Jika ruangan ini tidak ada, asien ini harus segera mungkin dirujuk ketempat yang ada fasilitas ruangan khusus tersebut. Perawatan maternal dilakukan di ruang isolasi khusus ini termasuk saat persalinan dan nifas.

1. Wanita hamil yang termasuk pasien dalam pengawasan *Covid-19* harus segera dirawat di rumah sakit. Pasien dengan *Covid-19* yang diketahui atau diduga harus dirawat di ruang isolasi khusus di rumah sakit. Apabila rumah sakit tidak memiliki ruangan isolasi khusus yang memenuhi syarat *Airborne Infection Isolation* pasien harus di transfer secepat mungkin ke fasilitas dimana fasilitas isolasi khusus tersedia.
 - m. Investigasi laboratorium rutin seperti tes darah dan urinalisis tetap dilakukan
 - n. Pemeriksaan rutin untuk sementara dapat ditunda pada ibu dengan infeksi terkonfirmasi maupun PDP sampai ada rekomendasi dari episode isolasi berakhir. Pemantauan selanjutnya dianggap sebagai kasus resiko tinggi
 - o. Antenatal care untuk wanita hamil yang terkonfirmasi *covid 19* pasca perawatan kunjungan antenatal selanjutnya dilakukan 14 hari setelah periode penyakit akut berakhir. Periode 14 hari ini dapat dikurangi apabila pasien dinyatakan sembuh. Direkomendasikan

dilakukan USG antenatal untuk pengawasan pertumbuhan janin, 14 hari setelah resolusi penyakit akut. Meskipun tidak ada bukti bahwa gangguan pertumbuhan janin akibat *Covid 19* didapatkan bahwa 2/3 kehamilan dengan SARS di sertai oleh IUGR dan solusio plasenta terjadi pada kasus MERS sehingga tindak lanjut ultrasonografi diperlukan

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

q. Konseling perjalanan untuk ibu hamil. Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan keluar negeri dengan mengikuti anjuran perjalanan yang dikeluarkan pemerintah. Dokter harus menanyakan riwayat perjalanan terutama dalam 14 hari terakhir dari daerah dengan penyebaran luas SARS-CoV-2

3) Kegiatan Kunjungan Antenatal Care

Maternity (2017), mengatakan kegiatan yang wajib dilakukan ketika Kunjungan Antenatal Care adalah:

a. Asuhan Trimester 1

Berdasarkan pada kebutuhan kehamilan, prinsip pemeriksaan ANC trimester 1 pada usia kehamilan <12 minggu adalah :

1. Menegakkan diagnose kehamilan
2. Penapisan kebiasaan ibu yang kurang baik
3. Melakukan penapisan penyakit penyerta dalam kehamilan
4. Pemeriksaan berat badan dan indeks masa tubuh
5. Pemeriksaan tekanan darah
6. Deteksi infeksi menlar seksual termasuk HIV/AIDS
7. Pemenuhan kebutuhan tablet e, dimulai dengan memberikan 1 tablet sehari segera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet fe mengandung FeSO_4 320 mg dan asam folat 50 mikrogram masing-masing 90 tablet
8. Pemenuhan kebutuhan vitamin A sebesar 700 mikrogram selama kehamilan
9. Menyiapkan psikologis ibu terhadap kehamilan yang terjadi

10. Memberikan KIE sesuai kebutuhan ibu berdasarkan temuan hasil pemeriksaan

11. Mengurangi keluhan akibat ketidaknyamanan yang terjadi

12. Deteksi dini komplikasi yang memungkinkan terjadi pada TM1 dan melakukan tindakan kolaborasi atau rujukan dengan tepat

13. Melibatkan keluarga dalam setiap asuhan yang diberikan.

b. Asuhan Trimester 2

Menindaklanjuti Dari hasil paman tauan pada TM1, pada usia kehamilan 13-26 minggu dilakukan pelayanan berupa:

1. Pemantauan penambahan berat badan berdasarkan IMT Ibu

2. Pemeriksaan tekanan darah

3. Pemeriksaan tinggi fundus uteri pada usia kehamilan 24 minggu

4. Melakukan palpasi abdomen

5. Melakukan pemeriksaan Denyut Jantung Janin

6. Pemeriksaan lab urine untuk deteksi dini preeklamsia dan diabetes gestasional

7. Pemeriksaan Hb sebagai deteksi dini anemia akibat hemodelusi

8. Deteksi terhadap masalah psikologis ibu
9. Memenuhi kebutuhan dasar ibu yaitu exercise dengan senam hamil
10. Deteksi pertumbuhan janin dengan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk melakukan pemeriksaan dengan USG
11. Pemberian imunisasi TT untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum pada bayi.
12. Mengurangi keluhan akibat ketidaknyamanan yang terjadi pada Trimester 2
13. Memenuhi kebutuhan kalsium dan asam folat ibu, multivitamin dan suplem lain hanya diberikan apabila terdeteksi penemuan gizi ibu tidak adekuat.
14. Deteksi dini komplikasi yang terjadi pada Trimester 2 dan melakukan tindakan kolaborasi atau rujukan secara tepat
15. Melibatkan keluarga dalam setiap asuhan.

c. Asuhan Trimester 3

Asuhan pada TM 3 diberikan pada usia kehamilan 27-40 minggu, dengan pelayanan :

1. Pemantauan tekanan darah
2. Pemantauan penambahan berat badan
3. Pemeriksaan tinggi fundus uterus

4. Menentukan letak dan presentasi janin
 5. Melakukan pemeriksaan DJJ
 6. Deteksi masalah psikologis dan memberikan support mental selama kehamilan
 7. Penemuan kebutuhan exercise ibu
 8. Deteksi pertumbuhan janin apakah normal atau mengalami keterlambatan
 9. Deteksi dini komplikasi yang menyertai kehamilan
- Trimester 3
10. KIE tentang persiapan laktasi
 11. KIE tentang persiapan persalinan
 12. Berkolaborasi dengan dokter obgyn untuk pemeriksaan USG apabila ditemukan kemungkinan letak janin
 13. Melakukan rujukan apabila ditemukan tanda-tanda patologis pada Trimester 3
 14. Libatkan keluarga dalam setiap asuhan

2.1.2. Konsep Dasar Persalinan

A. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan serviks (membuka dan menipis) dan

berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks (Damayanti et al. 2015).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Mutmainnah, Johan, and Llyod 2017).

Definisi persalinan menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dengan presentasi belakang keala pada usia kehamilan 37 minggu. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat (Mutmainnah, Johan, and Llyod 2017).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran janin yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan.

B. Tahapan Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

1. Kala I

Menurut Oktarina, 2016 Kala I persalinana dimulai munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam sedangkan pada multigravida kala erlangsung kira-kira 8 jam Kala I dibagi menjadi 2 fase yaitu :

1. Fase Laten

Fase yang dimulai dari pembukaan serviks 0 dan berakhir sampai pembukaan serviks 3cm. pada fase ini kontraksi uterus meningkat frekuensi, durasi dan intensitasnya dari setiap 10-20 menit, lama 1-20 detik dengan intensitas cukup menjadi 5-7 menit, lama 30-40 detik dengan intensitas kuat.

Pada fase laten terjadi selama 8 jam (Oktarina 2016).

2. Fase Aktif

Fase yang dimulai pada pembukaan serviks 4 dan berakhir pada pembukaan serviks mencapai 10 cm. pada fase ini kontraksi uterus menjadi efektif ditandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi.

Tekanan puncak kontraksi yang dihasilkan mencapai 40 – 50 mm Hg. Diakhir fase aktif kontraksi berlangsung antara 2-3

menit sekali, selama 60 detik dengan intensitas lebih dari 40mmHg.

Fase aktif dibedakan menjadi fase akselerasi fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi.

- 1) Fase akselerasi: Dari pembukaan servik 3 menjadi 4 cm. fase ini merupakan fase persiapan menuju fase berikutnya dan pada fase ini membutuhkan waktu kira-kira 2 jam.
- 2) Fase dilatasi maksimal: fase ini merupakan waktu ketika dilatasi servik meningkat dengan cepat. Dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm selama 2 jam. Normalnya pembukaan serviks pada fase ini konstan yaitu 3 cm perjam untuk multipara dan 1.2 cm untuk primipara.
- 3) Fase deselerasi: merupakan akhir fase aktif dimana dilatasi servik dari 9 cm menuju pembukaan lengkap (10 cm). dilatasi servik pada fase ini lambat rata-rata 1 cm perjam namun pada multipara masih cepat.

2. Kala II

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

- 1) His terkoordinir kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali.

2) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul serta relektoris menimbulkan rasa ingin mengejan

3) Karena terkanan pada rectum ibu merasa ingin BAB dan anus terbuka

4) Pola waktu his kepala janin mulai terlihat, vulva membuka dan perineum meregang

3. Kala III

Menurut Oktarina, 2016 kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta. Rata-rata kala III berkisar 15-30 menit baik pada primipara maupun multipara. Sedangkan menurut Prihatini, 2018 perdarahan akan meningkat apabila kala III berlangsung lebih dari 30 menit. Fase-fase kala III :

3) Pelepasan plasenta

Setelah bayi lahir, uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan kavum uteri, tempat implantasi plasenta. Hal ini mengakibatkan plasenta lepas dari tempat implantasinya. Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- 1) Perubahan bentuk uterus Bentuk uterus yang semula discoid menjadi globuler (bundar) akibat dari kontraksi uterus.

2) Semburan darah tiba-tiba. Semburan darah ini disebabkan karena penyumbat retroplasenter pecah saat plasenta lepas.

3) Tali pusat memanjang. Hal ini disebabkan karena plasenta turun ke segmen uterus yang lebih bawah atau rongga vagina.

Perubahan posisi uterus Setelah plasenta lepas dan menempati segmen bawah rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen (uterus naik di dalam abdomen).

cara pelepasan plasenta ada beberapa macam, diantaranya :

1. Secara Schutze

Pelepasan plasenta dimulai pada bagian tengah plasenta dan disini terjadi hormon retroplacentair yang selanjutnya mengangkat plasenta dari dasarnya. Plasenta dengan hemoatom di atasnya sekarang jatuh ke bawah dan menarik lepas elaput janin. Bagian plasenta yang nampak dalam vulva ialah permukaan fetal, sedangkan hemoatom sekarang terdapat dalam kantong yang terputar terbalik. Maka pelepasan plasenta secara skutzel tidak ada perdarahan sebelum plasenta lahir atau sekurang-kurangnya terlepas seluruhnya. Baru

setelah plasenta terlepas seluruhnya atau lahir, adanya semburan darah yang banyak. Pelepasan plasenta scutzel diandai dengan makin panjangnya tali pusat tanpa adanya perdarahan (Asrinah et al. 2010).

2. Secara Duncan

Pelepasan plasenta dimulai pada pinggir plasenta.

Darah mengalir keluar antara selaput janin dan dinding rahim, jadi perdarahan sudah ada sejak bagian plasenta terlepas dan terus berlangsung sampai seluruh plasenta lepas (Sulfianti et al. 2020).

4) Pengeluaran plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui servik, vagina dan dikeluarkan ke introitus vagina.

5) Manajemen Aktif Kala III

Pada saat kehamilan cukup bulan, aliran darah ke uterus sebanyak 500-800 ml/menit. Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-60ml/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta.

Dengan demikian, dalam kasus atonia uteri, seorang ibu dapat kehilangan seluruh darahnya dalam 10-30 menit.

Seorang Ibu dapat meninggal karena perdaraha

postpartum dalam waktu <1 jam. Karena alasan ini, penatalaksanaan persalinan kala tiga yang cepat dan tepat merupakan salah satu cara terbaik untuk mengurangi kematian ibu karena perdarahan. Menurut Oktarina, (2016) Langkah utama Manajemen Aktif Kala III :

- 1) Pemberian oksitosin 10 IU dalam 1 menit
- 2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- 3) Rangsangan taktil (masase) fundus uteri
- 6) Pemeriksaan Plasenta, Selaput Ketuban Dan Tali Pusat
Pemeriksaan kelengkapan plasenta dan selaput ketuban sebaiknya dilakukan segera setelah kelahiran selesai agar apabila ada keraguan tentang kelengkapannya, maka langkah selanjutnya bisa diambil sebelum ibu meninggalkan ruang bersalin.

Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan :

1. Plasenta normal : berat kurang lebih 500 gram, diameter 15-20 cm, dan ketebalan 1,5-3 cm
2. Kelengkapan kotiledon kurang lebih 16-20
3. Keutuhan pertemuan robekan selaput ketuban

4. Kala IV

Yaitu kala pengawasan dari 1-2 jam setelah bayi lahir dan plasenta lahir untuk memantau kondisi ibu. Dua jam pertama masa persalinan merupakan masa krisis bagi ibu dan bayi. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik luar biasa

dimana ibu baru melahirkan bayi dari dalam perutnya dan neonatus sedang menyesuaikan kehidupan dengan dunia luar. Petugas medis harus tinggal bersama ibu dan neonatus untuk memastikan bahwa keduanya berada dalam kondisi stabil dan mampu mengambil tindakan yang tepat dan cepat untuk mengadakan stabilisasi. Sebagian dari asuhan kebidanan selama kala IV ini ialah memberikan konseling kepada ibu dan anggota keluarganya mengenai tanda-tanda bahaya dan asuhan pada masa post partum (Priharini and Azizah 2018).

C. Perubahan fisiologis pada Saat Persalinan

1) Perubahan Fisiologis Kala I

1) Uterus

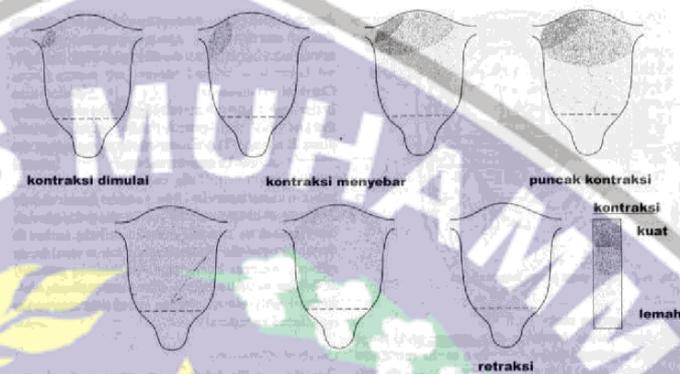
Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan serviks dan pengeluaran bayi dalam persalinan. Kontraksi uterus saat persalinan sangat unik karena kontraksi ini merupakan kontraksi otot yang sangat sakti. Kontraksi ini bersifat involunter yang bekerja dibawah control syaraf dan bersifat intermiten yang memberikan keuntungan berupa adanya periode istirahat/relaksasi diantara 2 kontraksi.

Terdapat 4 perubahan fisiologis pada kontraksi uterus yaitu :

1. Fundal Dominan (Dominan Fundus)

Kontraksi berawal dari fundus pada salah satu kornu kemudian menyebar ke samping dan kebawah. Kontraksi terbesar dan terlama adalah dibagian fundus. Namun

pada puncak kontraksi dapat mencapai seluruh bagian uterus (Damayanti et al. 2015).



Gambar 2.1
Mekanisme penyebaran kontraksi
Sumber : (Priharini and Azizah 2018)

2. Kontraksi dan Retraksi

Pada awal persalinan kontraksi uterus berlangsung setiap 15-20 menit selama 30 detik dan akhir kala I setiap 2-3 menit selama 50-60 detik dengan intensitas yang sangat kuat. Pada segmen atas rahim tidak berelaksasi sampai kembali ke panjang aslinya setelah kontraksi namun relative menetap pada panjang yang lebih pendek. Hal ini disebut dengan retraksi (Legawati SSiT 2019).

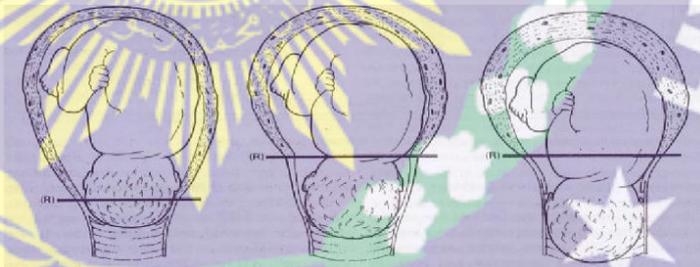
3. Polaritas

Istilah yang digunakan untuk menggambarkan keselarasan syara-syaraf otot yang berada pada 2 kutub atau segmen uterus ketika berkontraksi. Ketika segmen dan uterus berkontraksi dengan kuat dan berinteraksi

maka segmen bawah uterus hanya berkontraksi sedikit dan membuka (Legawati SSiT 2019).

4. Differensiasi

Selama persalinan aktif uterus berubah menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas uterus yang berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan maju. Segmen bawah uterus dan serviks relative pasif dibanding segmen atas dan bagian ini berkembang menjadi jalan yang bberbanding jauh lebih tipis untuk jalan lahir. Cincin retraksi terbentuk pada persambungan segmen atas dan bawah uterus. Segmen bawah uterus terbentuk secara bertahap ketika kehamilan bertambah tua dan kemudian menipis sekali pada saat persalinan (Diana, Mail, and Rufaida 2019).



Gambar 2.2
Penurunan Kepala
Sumber : (Damayanti et al. 2015)

2. Perubahan Serviks

Ada 2 proses fisiologi utama yang terjadi pada serviks :

a) Pendataran serviks disebut juga penipisan serviks.

Pemendekan serviks dari 2 cm menjadi hanya berupa

muara melingkar dengan tepi hamper setipis kertas. Proses ini terjadi dari atas kebawah sebagai hasil dan aktivitas meometrium. Serabut-serabut otot setinggi os serviks internum ditarik keatas dan dipendekkan menuju segmen bawah uterus. Sementara os eksternum tidak berubah (Damayanti et al. 2015).

b) Pembukaan serviks

Pembukaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus tertekan yang berlawanan dari kantong membrane dan bagian bawah janin. Kepal janin saat fleksi akan membantu pembukaan yang efisien. Ada primigravida pembukaan didahului oleh pendataran serviks, sedangkan pada multigrvida pembukaan serviks terjadi bersmaan dengan pandataran (Damayanti et al. 2015).

3. Kardiovaskuler

Denyut jantung di antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan.

Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Damayanti et al. 2015).

4. Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat dalam kontraksi selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan, sehingga untuk memastikan tekanan darah yang sesungguhnya diperlukan pengukuran di antara kontraksi/di luar kontraksi. Jika ibu dalam keadaan sangat takut, mungkin rasa takut itulah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah, sehingga diperlukan asuhan yang mendukung yang dapat menimbulkan ibu rileks (Damayanti et al. 2015).

5. Perubahan Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian disebabkan oleh kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan (Damayanti et al. 2015).

6. Perubahan Suhu

Selama persalinan suhu badan akan sedikit meningkat, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera turun setelah kelahiran. Kenaikan dianggap normal jika tidak melebihi 0,5 10. Suhu badan yang naik sedikit merupakan keadaan yang wajar, tetapi bila keadaan ini berlangsung lama, kenaikan ini mengindikasikan adanya dehidrasi (Damayanti et al. 2015).

7. Perubahan Nadi

Frekuensi nadi diantara 2 kontraksi lebih meningkat daripada periode sesaat sebelum persalinan. Ini merupakan hasil dari metabolisme yang meningkat (Damayanti et al. 2015).

8. Perubahan Pernafasan

Pernafasan terjadi sedikit kenaikan dibanding dengan sebelum persalinan, kenaikan pernapasan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar. Untuk itu diperlukan tindakan untuk mengendalikan pernapasan (untuk menghindari hiperventilasi) yang telah ditandai oleh adanya perasaan pusing (Damayanti et al. 2015).

9. Perubahan Kerja Ginjal

Poliuri akan terjadi selama persalinan, ini mungkin disebabkan meningkatnya curah jantung selama

persalinan dan meningkatnya filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal (Damayanti et al. 2015).

10. Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastric serta penyerapan makanan padat berkurang, yang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan menyebabkan konstipasi. Lambung yang penuh dapat menimbulkan ketidaknyamanan, oleh karena itu ibu dianjurkan tidak makan terlalu banyak atau minum berlebihan, tetapi makan dan minum semauanya untuk mempertahankan energi dan hidrasi (Damayanti et al. 2015).

11. Hematologi

Hb akan meningkat 1,2 gr/100ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama setelah persalinan apabila tidak terjadi kehilangan darah selama persalinan, waktu koagulasi berkurang dan akan mendapat tambahan plasma selama persalinan. Jumlah sel darah putih akan mmeningkat secara progresif selama kala I persalinan sebesar 5000 s/d 15000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap. Gula darah akan turun selama persalinan dan akan turun secara mencolok pada persalinan yang mengalami penyulit atau pesalinan lama, hal ini disebabkan karena kegiatan

uterus dan otot-otot kerangka tubuh (Damayanti et al. 2015).

12. Perubahan Endokrin

Sistem endokrin akan diaktifkan selama persalinan dimana terjadi penurunan kadar progesteron dan peningkatan kadar estrogen, prostaglandin dan oksitosin (Damayanti et al. 2015).

13. Perubahan Integumen

Adaptasi sistem integumen khususnya distensibilitas yang besar pada introitus vagina yang terbuka. Derajat distensibilitas bervariasi pada ibu yang melahirkan. Walaupun tanpa episiotomi atau laserasi, robekan kecil pada kulit sekitar introitus vagina mungkin terjadi (Damayanti et al. 2015).

14. Perubahan Musculuskeletal

Perubahan metabolisme dapat mengubah keseimbangan asam basa, cairan tubuh, dan darah sehingga menambah terjadinya kram pada kaki. Sistem musculoskeletal mengalami stres selama persalinan. Diaforesis, kelelahan, proteinuria (+1), dan kemungkinan peningkatan suhu menyertai peningkatan aktivitas otot yang menyolok. Nyeri punggung dan nyeri sendi (tidak berkaitan dengan posisi janin) terjadi sebagai akibat

semakin renggangnya sendi pada masa aterm (Damayanti et al. 2015).

15. Sistem Reproduksi

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormone oksitosin. Kontraksi uterus dimulai dari fundus uteri menjalar ke bawah, fundus uteri bekerja kuat dan lama untuk mendorong janin ke bawah, sedangkan uterus bagian bawah pasif hanya mengikuti tarikan dari segmen atas rahim, akhirnya menyebabkan serviks menjadi lembek dan membuka. Kerja sama antara uterus bagian bawah dan uterus bagian atas disebut polaritas (Damayanti et al. 2015).

2) Perubahan fisiologis Kala II

a. Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 1 sampai 25mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya pengedan pada ibu juga dapat memengaruhi pada tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya brada sedikit diatas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata rata peningkatan tekanan darah 10mmHg diantara kontraksi

ketika wanita telah mendedan adalah hal yang normal (Damayanti et al. 2015).

b. Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya pengedan para ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Damayanti et al. 2015).

c. Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mendedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Damayanti et al. 2015).

d. Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1 derajat celsius (Damayanti et al. 2015).

e. Perubahan sistem pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Damayanti et al. 2015)

f. Perubahan ginjal

Polyuria terjadi selama persalinan kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curh jantung selama persalinan dankemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Polyuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi inimembuat alluran urine berkurang selama kehamilan (Damayanti et al. 2015).

g. Perubahan gastrointestinal

Penurunan motilitas tabug berlanjut sampai kala II. Muntah normalnya terjadi hanya sekali. Muntah yang konsisten dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kkemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetric misalnya ruptur uteri (Damayanti et al. 2015).

h. Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontiniasu kekuatan serupa yang telah bekerja selama berjam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi lengkap namun akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan lagitidak merasakan aktivitas ini sebelum ekspulsi penuh (Damayanti et al. 2015).

i. Pergeseran jaringan lunak

Sifat kepla janin yang keras menurun, jaringan lunal pelvis mengalami pergeseran. Dari anterior, kandung kemih

terdorong keatas kedala abdomen tempat resiko cedera terhadap kandung kemih lebih sedikit salaam penurunan janin. Akibatnya terjadi peregangan dan penipisan uretra sehingga lumen uretra mengecil. Dari posterior rectum menjadi rata dengan kurva sacrum, dan tekanan kepala menyebabkan keluarnya materi fekal residual. Otot levator anus berdilatasi, menipis dan bergeser kearah lateral dan badan perineal menjadi datar merenggang dantipis. Kepala janin menjadi terlihat pada vulva, maju pada setiap kontraksi dan mundur diantara kontraksi sampai terjadinya crowning (Damayanti et al. 2015).

j. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2gm?100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Gula darah menurun selama persalinan, menurun drastis pada persalinnan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka (Damayanti et al. 2015).

k. Kontraksi, dorongan otot dinding.

Kontraksi uterus pada perslinan mempunyai sifat tersendiri. Kontraksi menimbulkan nyeri, merupakan satu-

satunya kontraksi normal muskulus. kontraksi ini dikendalikan oleh syaraf intrinsic, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun lama kontraksi (Damayanti et al. 2015).

1. Uterus

Uterus terbentuk dari pertemuan duktus muller kanan dan kiri sdigaris tengah sehingga otot rahim terbentuk dari 2 spiral yang saling beranyamanan membentuk sudut disebelah kanan dan kiri sehingga pembuluh darah dapat tertutup dengan kuat saat terjadi kontraksi. Menurut Damayanti (2015) terdapat perbedaan pada bagian uterus dinataranya:

1. Segmen atas : bagian yang berkontraksi, bila dilakukan palpasi akan teraba keras saat berkontraksi
2. Segmen bawah : teriri aas uterus dan serrviks, merupakan daerah terenggang, bersifat pasif. Hal ini mengakibatkan ppendekan segmen bawah uterus
3. Batas antara segmen bawah uterus dengan segmen atas uterus membentuk lingkaran cincin retraksi fisiologis. Pada keadaan kontraksi uterus inkoordinasi akan membentuk retraksi cincin patologis yang dinamakan cincin bandl.

4. Perubahan bentuk

Bentuk uterus menjadi oval yang disebabkan adanya pergerakan tubuh janin yang semula membungkuk menjadi tegap, sehingga uterus bertambah panjang 5-10cm

m. Pergeseran organ dasar panggul

Jalan lahir disokong dan secara fungsional ditutup oleh sejumlah lapisan jaringan bersama-sama membentuk dasar panggul. Struktur yang paling penting adalah musculus levator ani dan fascia yang membungkus permukaan atas dan bawahnya, yang demi praktisnya dapat dianggap sebagai dasar panggul. Kelompok otot ini menutup ujung bawah rongga panggul sebagai sebuah diafragma sehingga memperlihatkan permukaan atas yang cekung dan bagian bawah yang cembung. Selama kehamilan m. levator ani biasanya mengalami hipertrofi. Pada pemeriksaan per vaginam tepi dalam otot ini dapat diraba sebagai tali tebal yang membentang kebelakang dari pubis dan melingkari vagina sekitar 2cm di atas hymen. Ketika kontraksi, m. levator ani menarik rectum dan vagina atas sesuai arah simfisis pubis sehingga bekerja menutup vagina (Damayanti et al. 2015).

3) Perubahan Fisiologis Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta dan tali. Persalinan kala III disebut juga kala uri. Kala III

merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus atau ke dalam vagina. Kala III ini tidak kalah pentingnya dengan kala I dan kala II (Damayanti et al. 2015).

4) Perubahan Fisiologis Kala IV

Kala IV adalah masa 2 jam setelah plasenta lahir. Dalam kala IV ini, penderita masih membutuhkan pengawasan yang intensif karena perdarahan. Pada keadaan ini atonia uteri masih mengancam. Oleh karena itu, kala IV penderita belum boleh dipindahkan ke kamarnya dan tidak boleh ditinggalkan bidan (Legawati SSiT 2019)

Selama 10-45 menit berikutnya setelah kelahiran bayi, uterus berkontraksi menjadi ukuran sangat kecil yang mengakibatkan pemisahan antara dinding uterus dan plasenta, dimana nantinya akan memisahkan plasenta dari tempat lekatnya. Kontraksi uterus setelah persalinan bayi menyempitkan pembuluh darah yang sebelumnya menyuplai darah ke plasenta (Asrinah et al. 2010)

Selama empat sampai lima minggu pertama setelah persalinan, uterus mengalami involusi beratnya menjadi

kurang dari setengah berat segera setelah pascapersalinan dan dalam empat minggu uterus sudah sekecil seperti sebelum hamil. Selama permulaan involusi uterus, tempat plasenta pada permukaan endometrium mengalami autolisis, yang menyebabkan keluarnya sekret vagina yang dikenal sebagai lochia (*lochea*). Setelah itu, permukaan endometrium akan mengalami reepitelisasi dan kembali ke kehidupan seks nongravid yang normal (Damayanti et al. 2015)

Setelah kelahiran bayi, kadar basal sekresi prolaktin kembali ke kadar sebelum hamil dalam beberapa minggu berikutnya. Akan tetapi, setiap ibu yang menyusui bayinya, isyarat saraf dari puting susu ke hipotalamus menyebabkan gelora sekresi prolaktin hampir sepuluh kali lipat yang berlangsung sekitar satu jam, sebaliknya prolaktin bekerja atas payudara untuk menyiapkan susu bagi periode penyusuan berikutnya (Mutmainnah, Johan, and Llyod 2017)

Bila bayi mengisap susu, impuls sensoris dihantarkan melalui saraf somatis ke medula spinalis dan kemudian ke hipotalamus. Hormon ini mengalir dalam darah menuju kelenjar mammae menyebabkan sel-sel mioepitel yang mengelilingi dinding luar alvioli berkontraksi dan memeras susu dari alvioli ke duktus. Jadi, dalam 30 detik sampai 1 menit setelah bayi mengisap kelenjar mammae, susu mulai mengalir. Proses ini dinamakan ejeksi susu atau pengeluaran

susu yang disebabkan oleh gabungan reflex neurogenik dan hormon oksitosin (Damayanti et al. 2015)

D. Perubahan Psikologis Masa Persalinan

1) Perubahan Psikologis Kala I

Fase Laten : pada fase ini ibu biasanya merasa lega dan berbahagia. Karena masa kehamilannya segera berakhir. Namun, pada awal persalinan wanita biasanya gelisah, gugup, cemas, dan khawatir sehubungan dengan rasa tidak nyaman karena kontraksi. Biasanya dia ingin berbicara, perlu ditemani, tidak tidur, ingin berjalan jalan dan menciptakan kontak mata. Pada wanita yang dapat menyadari bahwa proses ini wajar dan alami akan mudah beradaptasi dengan keadaan tersebut (Damayanti et al. 2015).

Fase Aktif : saat kemajuan persalinan sampai pada fase kecepatan maksimum rasa khawatir wanita menjadi meningkat. Kontraksi menjadi semakin kuat dan frekuensinya lebih sering sehingga wanita tidak dapat mengontrolnya. Dalam keadaan ini wanita akan menjadi lebih serius, wanita tersebut menginginkan seseorang untuk mendampingi karena dia merasa takut tidak mampu beradaptasi dengan kontraksinya (Damayanti et al. 2015).

2) Perubahan Psikologis Kala II

- 1) Sering muncul rasa jengkel, tidak nyaman, dan rasa neri yang ditimbulkan selama persalinan menyebabkan rasa tidak nyaman,

- 2) Badan kegerahan akibat dari peningkatan metabolisme tubuh ibu,
- 3) Tidak sabar dan ingin seger mengeluarkan janinnya,
- 4) Kelelahan karena tenaga yang ia punya digunakan untuk mengejan demi memenuhi kepuasan batinnya.

3) Perubahan Psikologi Kala III

Nyeri mulai berkurang, dan pada saat pelepasan plasenta ibu mulai gelisah, lelah dan ingin segera melihat bayinya.

4) Perubahan Psikologi Kala IV

Setelah kelahiran bayi dan plasenta dengan segera ibu akan meluapkan perasaannya untuk melepaskan tekanan dan ketegangan yang dirasakannya, dimana ibu mendapat tanggung jawab untuk mengasuh dan merawat bayi yang telah dilahirkannya.

E. Teori Penyebab Persalinan

1) Teori Penurunan Kadar Hormon Progesteron

Hormon Progesteron merupakan hormone yang mengakibatkan relaksasi pada otot Rahim, sedangkan hormone esterogen meningkatkan kerentangan otot Rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesteron maupun esterogen didalam darah. Progesterone menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus. Sebaliknya hormone esterogen mempunya kecenderungan meningkatkan derajat kontraksi uterus. Baik progesterone maupun esterogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah

selama kehamilan. Namun, saat usia kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sekresi estrogen terus meningkat, sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau bahkan sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi braxton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan (Priharini and Azizah 2018).

2) Teori Oksitosin

Menjelag persalinan terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot Rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung (Priharini and Azizah 2018).

3) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesterone menurun. Hal ini mengakibatkan kejang pada pembuluh darah dan menimbulkan kontraksi (Priharini and Azizah 2018).

4) Distesi Rahim

Seperti halnya kandung kemih yang bila dindingnya meregang karena isinya, demikian pula dengan Rahim. Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan maka otot Rahim akan semakin menegang. Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemi otot Rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter kemudian timbul kontraksi (Priharini and Azizah 2018).

5) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun peredaran darah ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Oktarina 2016).

6) Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale. Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontraksi (Oktarina 2016).

7) Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peran penting dalam terjadinya persalinan pada janin anencephalus kehamilan lebih lama dari biasanya (Oktarina 2016).

F. Jenis Persalinan

Sulfianti (2020), menggolongkan jenis persalinan apabila dilihat dari 3 perspektif, yaitu:

1) Berdasarkan cara persalinan

1. Persalinan normal

Proses kelahiran bayi terjadi pada usia kehamilan cukup bulan tanpa adanya penyulit atau dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai bayi dan ibu.

Partus spontan umumnya berlangsung 24 jam (Sulfianti et al. 2020).

2. Persalinan Abnormal

Persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi Caesar (Sulfianti et al. 2020).

2) Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan

a. Persalinan Spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri atau melalui jalan lahir ibu,

b. Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forcep atau dilakukan operasi Caesar.

c. Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin.

3) Berdasarkan Lama Kehamilan dan Berat Janin

a. Abortus

Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram dan umur kehamilan <20 minggu (Sulfianti et al. 2020).

b. Immaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500-999 gram (Sulfianti et al. 2020).

c. Prematurus

Persalinan usia kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu dengan berat anin <1000-2499 gram (Sulfianti et al. 2020).

d. Aterm

Persalinan antara usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat janin diatas 2500 gram (Sulfianti et al. 2020).

e. Postmatur

Persalinan yang melampaui usia kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda postmatur (Sulfianti et al. 2020)

f. Presipitastus

Persalinan yang berlangsung kurang dari 3 jam (Sulfianti et al. 2020).

G. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Oktarina, (2016) menjelaskan beberap afaktor yang mungkin mempengaruhi persalinan diantaranya adalah :

1. Power atau tenaga ibu

a. His adalah kontraksi otot – otot rahim pada persalinan

1) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Terdiri dari his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri

2) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.

b. Tenaga mengejan

- 1) Kontraksi otot – otot dinding perut
- 2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan
- 3) Paling efektif pada saat adanya kontraksi atau his

2. Passage / panggul

Jalan lahir terdiri dari jalan lahir bagian tulang dan jalan lahir bagian lunak. Jalan lahir bagian tulang terdiri atas tulang panggul dan sendinya, sedangkan bagian lunak terdiri atas otot, jaringan, dan ligament-ligamen. Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Damayanti et al. 2015).

3. Passenger / fetus

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passenger adalah :

- 1) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti :
 1. Presentasi kepala
 2. Presentasi bokong
 3. Presentasi bahu

2) Sikap janin

Hubungan bagian janin dengan bagian janin lainnya, misalnya fleksi, defleksi

3) Posisi janin

Hubungan bagian / point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

1. Sisi panggul ibu : kiri, kanan, dan melintang
2. Bagian terendah janin : oksiput, sacrum, dagu, dan scapula
3. Bagian panggul ibu : depan, belakang
4. Bentuk / ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir.

H. Mekanisme Persalinan

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan menurut Damayanti, 2015 :

1. Engangement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk PAP. Masuknya kepala :

- 1) Pada primigravida dapat terjadi pada bulan akhir kehamilan
- 2) Pada multigravida terjadi pada permulaan persalinan

Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul, atau miring membentuk sudut dengan pintu atas panggul.

Bidang Hodge yang digunakan untuk menentukan seberapa jauh bagian depan janin turun kedalam rongga perut diantaranya :

- a. Hodge I : sama dengan pintu atas panggul,
- b. Hodge II : sejajar dengan Hodge 1 melalui pinggir bawah simfisis
- c. Hodge III : sejajar Hodge I melalui *spina ischiadicha*.
- d. Hodge IV : sejajar Hodge I melalui ujung *os. Coccygeus*.

2. Desent

Penurunan kepala janin kedalam rongga panggul akibat tekanan langsung dan his pada darah undus kea rag daerah bokong, tekanan dari amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma, dan badan janin terjadi ektensi dan menegang.

3. Fleksi

Terjadi leksi penuh sehingga sumbu panjag kepala sejajar sumbu panggul dan membantu penurunan kepala selanjutnya

4. Putar Paksi Dalam

Putaran paksi dalam disertai denganturunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil kearah depan membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis

5. Ektensi

Denga kontraksi perut ang adekuat kepala semakin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dengan kontraksi yang kuat akan mendoroong kepala ekpulsi melewati intercoitus vagina. Ektensi etrjadi setelah kepala mencapai vulva, terjaddi ekkteni setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior.

6. Putar Paksi Luar

Setelah kepala lahir bayi akan melakukan putaran kembali ke arah punggung untuk menghilangkan forsi pada leher. Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP. Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan bayi.

7. Ekpulsi

Setelah putar paksi luar, bahu depan dibawah simfisis menjadi hipomolkion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan bayi.



Gambar 2.3
Mekanisme Persalinan
Sumber : Asrinah et al. 2010

I. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap 10 cm. pada permulaan his, kala pembukaan tidak berlangsung begitu kuat sehingga pasien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan servik sebagai akibat his dibedakan menjadi 2 fase yaitu :

a. Fase Laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai pembukaan mencapai 3 cm.

b. Fase Aktif

1. Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

2. Fase Dilatasi Maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung cepat, dari 4 cm sampai dengan 9 cm.

3. Fase dilatasi

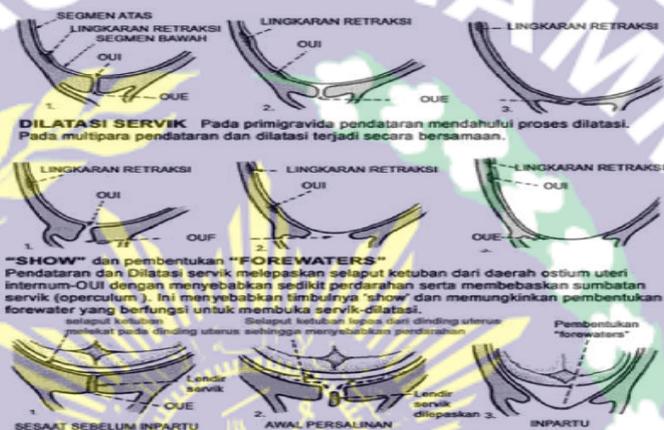
Pembukaan menjadi lambat sekali dalam waktu 2 jam pembukaan berubah menjadi pembukaan lengkap.

Dalam fase aktif, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.

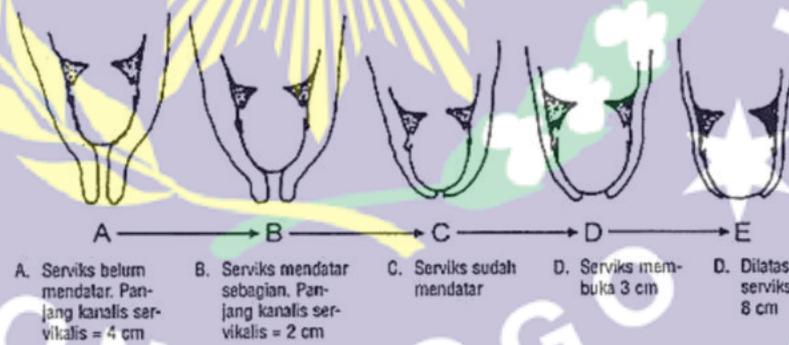
Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multi gravida (Damayanti et al. 2015).

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida begitupula pada multigravida, tetapi pada fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara primi atau multigravida. Pada primigravida, OUI membuka lebih dahulu sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru

kemudian OUE membuka, pada multigravida OUI dan OUE akan mengalami penipisan dan pendaratan yang bersamaan. Kala I akan selesai apabila pembukaan serviks sudah lengkap. Pada primigravida kala I akan berlangsung kira-kira 12-14 jam, sedangkan pada multigravida Kala I akan berlangsung kira-kira selama 7-10 jam. (Priharini and Azizah 2018).



Gambar 2.4
Dilatasi Serviks
Sumber : Priharini dan Azizah, 2018



Gambar 2.5
Mekanisme Pembukaan Serviks
Sumber : Damayanti, 2015

2) Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Menurut Damayanti

(2015) proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama kala II adalah :

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan.
- d. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut turut dari dahi, muka, dan dagu yang melewati perineum.
- e. Kepala lahir seutuhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f. Setelah putaran paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
 1. Kepala dipegang pada occiput dan dibawah dagu, ditarik ke bawah untuk melahirkan bahu belakang.
 2. Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.
 3. Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.

3) Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan nitabisch karena sifat reaksi otot rahim. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

- a. Uterus menjadi bundar.
- b. Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.
- d. Terjadi pendarahan.

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara crede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir (Oktarina 2016).

Lepasnya plasenta secara schultze biasanya tidak ada pendarahan sebelum plasenta lahir, sedangkan cara Duncan yaitu plasenta lepas dari pingir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban (Oktarina 2016).

4) Kala IV

Kala IV dimasukkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Menurut Oktarina, 2016 observasi yang dilakukan adalah:

- a. Tingkat kesadaran penderita.
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernapasan.
- c. Kontraksi uterus.
- d. Terjadi pendarahan.

J. Tanda Gejala Menjelang Persalinan

1) Tanda bahwa persalinan sudah dekat

a. Lightning

Menjelang minggu ke 36, tanda pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala janin sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh Braxton Hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligament rotundum, dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan :

1. Ringan dibagian atas dan rasa sesakaknya berkurang
2. Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
3. Terjadi kesulitan saat berjalan
4. Sering kencing

b. Terjadinya His Permulaan

Makin tua usia 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 his palsu.

Sifat his palsu antara lain:

1. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
 2. Datangnya tidak teratur
 3. Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
 4. Durasiya pendek
 5. Tidak bertambah bila beraktivitas
- 2) Tanda timbulnya persalinan
- a. Terjadi his persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim, dimulai pada 2 face maker yang letaknya didekat cornu uteri. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraksi uterus pada fundus uteri, kondisi ini berlangsung secara sinkron dan harmonis. Kondisi ini jugab menyebabkan adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan grekuensi yang semakin sering, lama his berkisar 45-60 detik (Oktarina 2016).

Pengaruh his menurut Oktarina (2016) dapat menimbulkan dinding menjadi tebal pada korpus uteri, istmus uterus menjadi tegang danmenipis, kanalis servikalis mengalami effacement dan pembukaan. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

1. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
 2. Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar
 3. Terjadi perubahan pada serviks
 4. Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya berjalan maka kekuatan hisnya akan bertambah
- b. Keluarnya lender bercampur darah

Lendir dari pembukaan, yang menyebabkan lepasnya lender berasal dari kanalis servikalis. Dengan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah ketika serviks membuka (Asrinah et al. 2010)

- c. Kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagain ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun, apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vacuum atau seksio caesaria (Damayanti et al. 2015).

- d. Dilatasi dan effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara bertahap angsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula 1-2 cm menjadi hilang sama sekali sehingga hanya tinggal ostium yang tipis seperti kertas.

K. Masalah Persalinan

1. Partus Macet

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Gudina, 2016 penyebab dari partus macet adalah CPD (Cephalo Pelvic disproportional) sebanyak 54,1% , 16,2% karena malpresentasi.dan karena malposisi 29,7%.

Passage : Kelainan jalan lahir Partus macet karena kelainan jalan lahir dapat disebabkan karena kelainan pada jaringan keras yang disebut tulang panggul dan kelainan pada jaringan lunak panggul.

- a) Partus macet karena kelainan panggul atau bagian keras disebabkan oleh kesempitan panggul. Panggul dibedakan menjadi tiga pintu yaitu pintu atas panggul, pintu tengah panggul dan pintu bawah panggul. Pintu atas panggul dianggap sempit apabila konjugata vera ≤ 10 cm atau diameter transversal ≤ 12 cm. Kesempitan pintu tengah panggul jika diameter interspinarum < 9 cm dan diameter transversal ditambah dengan diameter sagitalis posterior $\leq 13,5$ cm, sedangkan pintu bawah panggul dianggap sempit jika jarak antar tuber os iscii ≤ 8 cm. Jika jarak ini berkurang maka arkus pubis akan meruncing, oleh karena itu besarnya arkus pubis dipergunakan untuk menentukan kesempitan pintu bawah panggul. Kesempitan pintu atas panggul dapat

berakibat persalinan menjadi lebih lama akibat gangguan pembukaan dan banyak waktu yang digunakan untuk molase kepala janin sedangkan kesempitan pintu tengah panggul dan pintu bawah panggul dapat menimbulkan gangguan putaran paksi (Fauziah Yulia, 2012).

b) Partus macet karena kelainan jalan lahir lunak disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kelainan vulva (atresia karena bawaan atau didapat seperti radang atau trauma), kelainan vagina (atresia, sekat atau tumor), kelainan serviks (atresia conglutination orivicii eksternii, cicatrices servik, servik kaku pada primi tua), abnormalitas uteri dan tumor (Solikhah Umi, 2011).

3) Passanger : kelainan janin Keadaan normal presentasi janin adalah belakang kepala dengan penunjuk ubun-ubun kecil dalam posisi transversal (saat memasuki pintu atas panggul) dan posisi anterior (setelah melewati pintu tengah panggul), dengan presentasi tersebut kepala janin akan masuk panggul dalam ukuran terkecilnya (sirkumferensia suboksipitobregmitikus). Hal tersebut dicapai bila sikap kepala janin fleksi. Sikap yang tidak normal akan menimbulkan kesulitan persalinan yang disebabkan karena diameter kepala yang harus melalui panggul menjadi lebih besar.

2. CPD (Cephalo Pelvic Disproportional)

Hal ini terjadi ketika adanya kesesuaian diantara kepala janin dengan pelvis. Kondisi ini tidak memungkinkan etus melewati pelvis dengan mudah. CPD dapat terjadi pada pelvis yang kecil dengan ukuran

kepala fetus yang normal, atau pelvis normal dengan kepala fetus yang besar. CPD tidak dapat didiagnosa sebelum umur kehamilan 37 minggu.

3. Kelainan Presentasi Janin

1) Presentasi Puncak Kepala

Presentasi puncak kepala atau disebut presipitastus sinsiput, terjadi apabila derajat delesi ringan, sehingga ubun-ubun besar menjadi bagian terendah. Pada umumnya presentasi puncak kepala merupakan kedudukan sementara yang kemudian akan berubah menjadi presentasi belakang kepala. (Marmi, 2016)

2) Presentasi Dahi

Presentasi dahi adalah keadaan dimana kedudukan kepala berada diantara fleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Janin dengan presentasi dahi dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kemiringan anterior uterus, kontraksi pelvis, polihidramnion dan anensealus.

Presentasi dahi bersifat sementara kemudian dapat berubah menjadi presentasi belakang kepala atau presentasi muka, atau bisa juga tetap menjadi presentasi dahi, apabila presentasinya tetap presentasi dahi, maka janin tidak dapat dilahirkan secara pervaginam karena besarnya diameter oksipitalis yang harus melewati panggul, maka tindakan seksio saesarea diperlukan untuk melahirkan janin dengan presentasi dahi. (manuaba)

3) Presentasi Muka

Presentasi kepala dengan defleksi maksimal hingga oksiput mengenai punggung dan muka terarah ke bawah disebut presentasi muka. Penyebabnya adalah adanya lilitan tali pusat di sekitar leher sehingga dapat menyebabkan ektensi, janin anensefalus, panggul sempit, makrosomia, paritas tinggi dan perut gantung.

4) Presentasi Bokong

Janin terletak memanjang dengan bagian terendahnya adalah bokong. Faktor risiko terjadinya hal ini adalah panggul sempit, terdapat lilitan tali pusat atau talipusat pendek/kelainan uterus, adanya mioma, dan tumor pelvis, gemeli (manuaba)

5) Presentasi Bahu

Janin dalam kondisi melintang sisi dalam uterus dengan sumbu janin tegak atau hampir tegak lurus dengan sumbu panjang ibu dan bahu sebagai bagian terendah janin. Penyebabnya adalah dinding perut yang kendur pada multipara, panggul sempit, plasenta previa, prematuritas, kelainan bentuk rahim, gemeli, mioma. (fauziah yulia, 2012)

4. Kelainan Letak Posisi

1) Persisten Oksipito Posterior

Ubun-ubun kecil tidak berputar kedepan sehingga tetap berada di belakang.

2) Deep Transverse Position

Pembukaan serviks telah lengkap, kepala berada didasar penggul dan sutura sagitalis melintang. (Marmi,2016)

5. Makrosomia

Bayi lahir dengan berat badan lebih dari 4000 gram. Bayi dengan makrosomia dapat disebabkan karena ibu mengidap diabetes mellitus, atau multiparitas dengan riwayat makrosomia sebelumnya.

6. Hidrocephalus

Penimbunan cairan cerebrospinalis dalam ventrikel otak janin, sehingga kepalamenjadi besar dan terjadi pelebaran sutura serta ubun-ubun.

7. Gemeli.

L. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

1. Dukungan emosional, dukungan dari suami, orang tua dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam mengurangi rasa tegang dan membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi, penolong persalinan juga dapat memberikan dukungan dan kemajuan proses persalinan dan kelahiranbayinya.

2. Kebutuhan makanan dan cairan, selama persalinan menganurkan ibu sesering mungkin untuk minum dan makanan ringan

3. Kebutuhan eliminasi. Kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam atau lebih. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin.

4. Mengatur posisi.

5. Pengurangan rasa nyeri dengan pijatan atau masase punggung dengan arah melingkar.

(JNPK-KR,2017)

M. Lima Benang Merah

Lima benang merah dirasakan sangat penting dalam pemberian 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 dijadikan dasar asuhan yang bersih dan aman adalah :

1) Pengambilan Keputusan Klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan pengambilan keputusan klinis. 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 (Oktarina 2016).

2) Aspek Sayang Ibu dan Berarti Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan yang harus diperhatikan para bidan menurut Damayanti (2015), antara lain :

- a. Suami, saudara atau keluarga lainnya harus diperkenankan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkannya.
- b. Standar untuk persalinan yang bersih harus selalu diperhatikan
- c. Kontak segera antara ibu dan bayinya serta pemberian ASI harus dianjurkan untuk dikerjakan
- d. Penolong persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian
- e. Penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga mengenai seluruh proses persalinan
- f. Penolong persalinan harus mau mendengarkan dan memberi jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu
- g. Penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang bisa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi saat persalinan.
- h. Tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya harus diperbolehkan bila harus dilakukan
- i. Ibu harus diberi privasi bila ibu menginginkan
- j. Tindakan medis yang rutin dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus dihindari.

3) Aspek Pencegahan Infeksi

Cara efektif untuk mencegah penyebaran penyakit antarorang atau peralatan atau sarana kesehatan ke seseorang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara mikroorganisme dan individu. Menurut

Oktarina, (2016) Penghalang ini berupa proses secara fisik, mekanik ataupun kimiawi yang meliputi:

1. Cuci tangan
 2. Memakai sarung tangan
 3. Penggunaan cairan antiseptik
 4. Pemrosesan alat bekas pakai
- 4) Aspek Pencatatan

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

- a. Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen pasien
- b. Memungkinkan terjadi pertukaran informasi diantara petugas kesehatan
- c. Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari satu kunjungan ke kunjungan yang lain, dari satu petugas ke petugas yang lain atau dari petugas ke fasilitas
- d. 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
- e. Memperkuat keberhasilan manajemen sehingga metode-metode dapat dilanjutkan dan disosialisasikan kepada yang lain
- f. Data yang ada dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus
- g. Dapat digunakan sebagai data statistik untuk catatan nasional

h. Sebagai data statistic 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 partigraf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan

5) Aspek Rujukan

Jika ditemukan suatu masalah dalam persalinan, seringkali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak factor yang mempengaruhi. Penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menyebabkan keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan tertunda dan ibu tidak mendapat penatalaksanaan yang memadai sehingga akhirnya dapat menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program Save Motherhood (Oktarina 2016).

Singkatan BAKSOKUDA (bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang, darah) dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan.

N. Lembar Observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada dua tanda berikut ini :

1. Kontraksi uterus (HIS) teratur dengan sekurang-kurangnya terjadi 1

His dalam waktu 10 menit.

2. Perubahan servik berupa pendataran dan atau dilatasi servik

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase:

a) Persalinan Kala I Fase Laten

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

b) Persalinan Kala I Fase Aktif

- 1) Fase ini dimulai saat dilatasi servik mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi servik lengkap.
- 2) Selama fase aktif, dilatasi servik berlangsung semakin progresif.
- 3) Kecepatan dilatasi servik + 1 cm per jam. Pada multipara dilatasi servik rata-rata selama fase aktif kira-kira 1.5 cm per jam dan pada nulipara kira-kira 1 cm per jam. Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi servik yang diambil adalah 1 cm per jam.

3. Penatalaksanaan Awal Persalinan Kala I Fase Laten:

a) Bila pasien MKB 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 berjalan-jalan. Parturien mungkin masih 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.

O. Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Kuswanti dan Melina, 2014).

Observasi yang ketat harus dilakukan selama kala I persalinan untuk keselamatan ibu, hasil observasi dicatat didalam partograf. Partograf membantu bidan mengenali apakah ibu masih dalam kondisi normal atau mulai ada penyulit. Dengan selalu menggunakan partograf, bidan dapat mengambil keputusan klinik dengan cepat dan tepat sehingga dapat terhindar dari keterlambatan dalam pengelolaan ibu bersalin. Partograf dilengkapi halaman depan dan halaman belakang untuk diketahui dengan lengkap proses persalinan kala I sampai dengan IV (Sulfianti et al. 2020)

1) Penggunaan Partograf

a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu sebagai bagian penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan, baik tanpa ataupun adanya penyulit.

b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat

c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran

Partograf membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Pencatatan pada partograf dimulai pada saat proses persalinan masuk dalam “fase aktif”. Untuk menyatakan ibu sudah masuk dalam fase aktif harus ditandai dengan :

- a) Kontraksi yang teratur minimal 3x selama 10 menit
- b) Lama kontraksi minimal 40 detik
- c) Pembukaan 4 cm disertai penipisan
- d) Bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul

Bila pembukaan sudah mencapai > 4 cm tetapi kualitas kontraksi masih kurang 3x dalam 10 menit atau lamanya kurang dari 40 detik, pikirkan diagnosa inertia uteri.

2) Komponan yang Harus Diobservasi

Menurut Oktarina, 2016 Komponen yang harus diobservasi menggunakan partograf meliputi :

- a. Denyut jantung janin setiap 30 menit

- b. Frekuensi dan lamanya koontraksi uterus setiap 30 menit
- c. Nadi setiap 30 menit
- d. Pembukaan serviks setiap 4 jam
- e. Penurunan setiap 4 jam
- f. Tekanan darah dan suhu tubuh setiap 4 jam
- g. Produksi urine setia 2-4jam

Lembar partograf menyediakan lajur dan kolom untuk mencatata hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk :

1. Informasi tentang ibu :
 - a) Nama , umur
 - b) Gravida, para, abortus
 - c) Nomor catatan medis
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat
 - e) Waktu pecahnya ketuban
2. Kondisi janin
 - a) DJJ
 - b) Warna dan adanya air ketuban
 - c) Penyusupan atau molase kepala janin.
3. Kemajuan persalinan
 - a) Pembukaan serviks
 - b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 - c) Garis waspada dan garis bertindak
4. Jam dan waktu

- a) Waktu mulainya fase akti persalinan
 - b) Waktu aktual saat pemeriksaan
5. Kontraksi uterus

Frekuensi dan lamanya

6. Obat-obatan dan cairan yang diberikan
- a) Oksitosin
 - b) Obat-obatan lain dan cairan IV
7. Kondisi ibu

- a) Nadi, tekanan darah dan tempratur tubuh
- b) Urine
- c) Asupan cairan dan nutrisi

Lembar belakang partograf diisi setelah kelahiran berlangsung, semua proses, tindakan dan obat serta observasi yang dilakukan dicatat dilembar ini. Data ini penting jikka tiia-tiba ibu mengalami penyulit saat ditempat bersalin atau pun sudah dirumah.

P. Pelayanan Persalinan di era Pandemi *Covid-19*

Kemenkes, (2020) mengemukakan pernyataan bahwa pelayanan persalinan di era pandemic tetap harus dilakukan, namun dengan memperhatikan beberapa hal sebagai berikut:

1. Rujukan terencana untuk ibu hamil berisiko.
2. Ibu tetap bersalin ddi fasilitas pelayanan kesehatan
3. Segera ke fasilitas kesehatan jika sudah ada tanda-tanda persalinan

4. Ibu dengan kasusu *Covid-19* akan di tatalaksana sesuai tata laksana persalinan yang dikeluarkan oleh PPPOGI
5. Pelayanan KB pasca persalinan tetap berjalan sesuai prosedur yang telah ditetapkan sebelumnya.
6. Pengamatan dan penilaian ibu harus dilanjutkan sesuai praktek standar, dengan penambahan saturasi oksigen yang bertujuan untuk menjaga saturasi oksigen $>94\%$, titrasi terapi oksigen sesuai kondisi.
7. Menimbang kejadian penurunan kondisi janin pada beberapa laporan kasus di Cina, apabila sarana memungkinkan dilakukan pemantauan janin secara kontinyu selama persalinan.
8. Sampai saat ini belum ada bukti klinis kuat merekomendasikan salah satu cara persalinan, jadi persalinan berdasarkan indikasi obstetri dengan memperhatikan keinginan Ibu dan keluarga, terkecuali ibu dengan masalah gangguan respirasi yang memerlukan persalinan segera berupa SC maupun tindakan operatif pervaginam
9. Bila ada indikasi induksi persalinan pada ibu hamil dengan PDP atau konfirmasi *CoVID-19*, dilakukan evaluasi *urgencynya*, dan apabila memungkinkan untuk ditunda sampai infeksi terkonfirmasi atau keadaan akut sudah teratasi. Bila menunda dianggap tidak aman, induksi

persalinan dilakukan diruang isolasi termasuk perawatan pasca persalinannya.

10. Pada ibu dengan persalian kala II dipertimbangkan tindakan oprati oervaginam untuk mempersepat kala II pada ibu dengan gejala kelelahan Ibu atau ada tanda hipoksia.

11. Perimortem cesarian section dilakukan sesuai standar apabila ibu dengan kegagalan resusitasi tetapi janin masih viable.

12. Penjepitan tali pusat ditunda beberapa saat setelah persalinan masih bisa dilakukan, asalkan tidak ada kontraindikasi lainnya. Bayi dapat dibersihkan dan dikeringkan seperti biasa, sementara tali pusat masih belum dipotong.

13. Staf layanan kesehatan diruang persalinan harus mematuhi standar APD lengkap

14. Antibiotik intapartum harus diberikan sesuai protokol

15. Plasenta harus dilakukan penanganan sesuai praktik normal. Jika diperlukan histologi, jaringan harus diserahkan ke laboraorium, dan laboratorium harus diberitahu bahwa sample berasal dari pasien suspect atau terkonvirmasi covid-19

16. Berikan anaestesi epidural atau spinal sesuai indikasi dan menghindari anestesi umum kecuali benar benar diperlukan

17. Tim neonatal harus diberi tahu tentang rencana untuk melahirkan bayi dari ibu yang terkena covid-19 jauh sebelumnya

Q. Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan adalah asuhan yang diberikan selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Rohani dkk, 2014).

1. Asuhan Persalinan Kala I

1) Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu

2) Jika ibu tampak gelisah/kesakitan :

1) Biarkan ia berganti posisi sesuai keinginan, tapi jika di tempat tidur sarankan untuk miring kiri.

2) Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya.

3) Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu.

4) Ajari teknik bernapas.

c. Jaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizin ibu.

d. Izinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluannya setelah buang air kecil/besar.

e. Jaga kondisi ruangan sejuk. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, suhu ruangan

minimal 250C dan semua pintu serta jendela harus tetap tertutup.

- f. Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi.
- g. Sarankan ibu berkemih sesering mungkin.
- h. Pantau kondisi ibu secara rutin dengan menggunakan partograf.

2. Asuhan persalinan kala II, III, dan IV

Asuhan persalinan kala II, III, dan IV merupakan kelanjutan data yang dikumpulkan dan di evaluasi selama kala I yang dijadikan data dasar untuk menentukan kesejahteraan ibu dan janin selama kala II, III, dan IV persalinan. Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks lengkap (10 cm) dan berakhir dari keluarnya bayi, kala III dari bayi lahir hingga plasenta lahir dan kala IV dimulai dari lahirnya plasenta hingga 2 jam postpartum.

Asuhan Persalinan Normal (APN) merupakan asuhan yang diberikan secara bersih dan aman selama persalinan berlangsung. Menurut buku JNPK-KR, (2014), APN terdiri dari 60 langkah yaitu :

- 1. Mengamati Tanda dan gejala Kala Dua
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
 - c. Perineum menonjol.

d. Vulva –vagina dan spingter anal membuka

Menyiapkan pertolongan persalinan.

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/ pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengotaminasi tabung suntik).

Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat

tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan cara seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang

Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi,

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti diatas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 x/menit).
 - 1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - 2) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan keluarga untuk Membantu proses Pimpinan Meneran

11. Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin bayi. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

- a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan pendokumentasikan temuan-temuan
- b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan member semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

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

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

- a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b. Mendukung dan member semangat atas usaha ibu untuk meneran.

- c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
- d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
- e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan member semangat pada ibu.
- f. Mengajukan asupan per oral.
- g. Menilai DJJ setiap 5 menit.
- h. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- i. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- j. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- k. Persiapan pertolongan kelahiran bayi

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi

15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

16. Membuka partus set

17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

Menolong kelahiran bayi lahirnya kepala

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, Lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih

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

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

b. Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya

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

Lahir bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulain kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitoksin (lihat keterangan di bawah).
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
29. Menegeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala bayi membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
30. Membiarkan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya

Oksitoksin

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua

32. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

33. Dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitoksin 10 unit I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Penegangan Tali Pusat Terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat

35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian.

Menegeluarkan Plasenta

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva

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

1. Mengulangi pemberian oksitoksin 10 unit IU.
2. Menilai kandung kemih dan dilakukan katerisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
3. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan
4. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
5. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek , memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal

Pemijatan Uterus

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus , meletakkan telapak tangan di fundus dan

melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Menilai perdarahan

40. Memeriksa kedua plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif

Melakukan prosedur pasca persalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
47. Meneyelimuti kembali bayi atau menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk melakukan pemberian ASI
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan vagina.
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteris
 - e. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama

pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.

- a. Memeriksa temperatur suhu tubuh sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
- b. Melakukan tindakan yang sesuai dengan temuan yang tidak normal

Kebersihan dan keamanan

53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas pakaian setelah dekontaminasi.
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi . Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah . Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar untuk merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

Dokumentasi

60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas dimulai dari lahirnya plasenta dan berakhir saat alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas dimulai dari 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu setelah itu (Sutanto 2019).

Masa Nifas dimulai beberapa jam sesudah lahirnya lasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semua yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Pitriani and Andriyani 2016).

Jadi, Masa Nifas adalah masa yang dimulai ketika plasentas lahir dan berahir ketika seluruh tubuh kembali seperti sebelum hamil dan membutuhkan waktu 6 minggu

B. Adaptasi Fisiologis Masa Nifas

1) Tanda vital

Dalam dua jam setelah persalinan tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan kembali normal. Ada sedikit kenaikan pada suhu dikarenakan faktor kelelahan dan kurangnya cairan, namun apabila intake cairan baik maka suhu akan berangsur normal (Sutanto 2019).

a. Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat celsius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celsius. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 derajat celsius, mungkin terjadi infeksi pada klien (Sutanto 2019).

b. Nadi dan pernapasan

Nadi berkisar antar 60-80 denyutan permenit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardi. Bila terdapat takikardi dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Sutanto 2019).

c. Tekanan darah

Pada beberapa kasus di temukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit- penyakit lain yang menyertai dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Sutanto 2019).

2) Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus.

Segera setelah lahirnya plasenta pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simpisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk ke dalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar. Involusi uterus melibatkan pengorganisasian dan penggugiran desis dua serta pengelupasan situs plasenta, sebagaimana diperlihatkan dengan pengurangan dalam ukuran dan berat serta oleh warna dan banyaknya lokea dan kecepatan involusi tidak akan terpengaruh oleh pemberian sejumlah preparat metergin dan lainnya dalam proses persalinan. Involusi tersebut dapat dipercepat prosesnya bila ibu menyusui bayinya (Pitriani and Andriyani 2016).

Tabel 2.3
Involusi Uterus

involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

Sumber : (Pitriani and Andriyani 2016)

b. Lokea

Mnurut Pitriani (2016) Lokea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas.

Berikut ini adalah beberapa jenis lokea yang terdapat pada wanita pada masa nifas:

1. Lokea rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lokea yang keluar selama dua sampai tiga hari pasca salin.
2. Lokea sangulenta berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
3. Lokea serosa adalah dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lokea rubra. Lokea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum. Lokea alba mengandung terutama serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit.
4. Lokea alba adalah dimulai dari hari ke 14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sana sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih

berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

c. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta.

Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat plasenta desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulia rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Sutanto 2019).

d. Serviks

Segera setelah berakitnya kala TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lacerasi, terutama di bagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitas yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalianan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat 4 minggu post partum (Sutanto 2019).

e. Vagina

Vagian dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis.

Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang

sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke 3. Himen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita nulipara (Sutanto 2019).

3) Sistem gastrointestinal

Selama dua jam setelah persalinan kadang dijumpai pasien merasa mual dan muntah, untuk itu posisi tubuh memungkinkan dapat mencegah terjadinya aspirasi *corpus aleanum* ke saluran pernapasan (Sutanto 2019).

4) Sistem renal

Selama 2 – 4 jam pasca persalinan sering dijumpai kandung kemih dalam kondisi penuh dan mengalami pembesaran. Hal ini disebabkan karena tekanan pada uterus saat persalinan, karena itu untuk lebih meringankan pada saat persalinan diusahakan kandung kemih dalam kondisi kosong untuk mencegah trauma. Setelah persalinan sebaiknya juga dalam kondisi kosong agar kontraksi yang dihasilkan baik dan mencegah adanya perdarahan dan nyeri (Sutanto 2019).

5) Perineum

Segera setelah melahirkan perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang dilahirkan. Pada hari ke 5 postpartum perineum tonus ototnya akan kembali namun tetap lebih kendur dibandingkan dengan sebelum hamil

(Sutanto 2019).

6) Pengeluaran ASI

Dengan menurunnya hormon estrogen, progesteron, dan human placenta lactogen hormon setelah plasenta lahir, prolaktin dapat merangsang terbentuknya ASI dan mengeluarkannya ke dalam alveoli bahkan sampai ke duktus kelenjar ASI (Sutanto 2019).

7) Sistem muskuloskeletal

Ligamen – ligamen, falsia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh kebelakang. Fasia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan –latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan – lahan (Sutanto 2019)

8) Sistem endokrin

a. Oksitosin

Oksitosin disekresi dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal

tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal (Pitriani and Andriyani 2016).

b. Prolaktin

penurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar depan bawah otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi, dan menstruasi (Pitriani and Andriyani 2016).

c. Estrogen dan Progesteron

Selama hamil volume darah meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum di mengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Di samping itu, progesteron mempengaruhi ototulus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat memengaruhi saluran

kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina (Pitriani and Andriyani 2016).

9) Sistem hematologi dan kardiovaskuler

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sampai sebanyak 15.000 selama masa persalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa postpartum. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi lagi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Akan tetapi, berbagai jenis kemungkinan infeksi harus dikesampingkan pada penemuan semacam itu. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, volume darah yang berubah-ubah. Sering dikatakan bahwa jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 % tersebut kurang lebih sama dengan kehilangan 500ml darah. Biasanya terdapat suatu penurunan besar kurang lebih 1.500 ml dalam jumlah darah keseluruhan selama kelahiran dan masa nifas. Rincian jumlah darah yang terbuang pada klien ini kira-kira 200-500 ml hilang selama masa persalinan, 500-800 ml hilang selama minggu pertama postpartum, dan terakhir 500ml selama sisa masa nifas (Sutanto 2019).

D. Tahapan Masa Nifas

Sutanto, (2019) berpendapat, selama masa nifas ada beberapa tahapan yang akan dilalui ibu, diantaranya :

1) Puerperium dini

Kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) Puerperium intermediate Suatu kepulihan menyeluruh alat – alat genitalia yang lamanya sekitar 6 – 8 minggu

3) Puerperium remote

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi

E. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Menurut Susanto, 2019 perubahan psikologis yang terjadi pada masa nifas ada 3 periode seperti yang dikemukakan oleh Reva Rubin :

a. Taking In

Masa 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada rang lain, fokus perhatian terhadap dirinya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsumakan meningkat.

b. Taking Hold

Terjadi 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi tentang kemampuan dirinya dan mulai menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi

sangat sensitive dan membutuhkan bimbingan serta dorongan untuk mengatasi kritikan yang dialami

c. Letting Go

Dialami setelah ibu dan bayi tiba dirumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai seorang ibu dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi bergantung dengan dirinya.

F. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Nutrisi dan cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d. Zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- e. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2) Ambulasi

Ambulasi dini ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post

partum. Keuntungan early ambulation adalah sebagai berikut:

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c. Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian, dan memberi makan.

- d. Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis). Menurut penelitian-penelitian yang saksama, early ambulation tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri. *Early ambulation* tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya. Penambahan kegiatan dengan early ambulation harus berangsur-angsur, jadi bukan maksudnya ibu segera setelah bangun dibenarkan mencuci, memasak, dan sebagainya.

3) Eliminasi

- a. Buang air kecil. Ibu diminta untuk buang air kecil(miksi) 6 jam post partum. Jika 8 jam post partum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100cc, maka

dilakukan kateterisasi. Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu post partum.

1. Berkurangnya tekanan abdominal.
2. Otot-otot perut masih lemah.
3. Edema dan uretra.
4. Dinding kandung kemih kurang sensitif.

b. Buang air besar

Ibu post partum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua post partum. Jika hari ketiga juga belum BAB, maka perlu di beri obat pencahar per oral atau per rektal. jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

4) Personal hygiene

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

- a. Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
- b. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar

anus. Nasehati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

- c. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2x sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari dan disetrika.
- d. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebulum dan sesudah membersihkan daerah kelaminya.
- e. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau leserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

5) Istirahat dan tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut.

- a. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa

hal:

1. Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
2. Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
3. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

6) Aktivitas seksual

Aktivitas seksual dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat sebagai berikut ini.

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan iibu dapat memasukkan satu-satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubunagan suami istri kapan saja ibu siap.
- b. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

7) Latihan dan senam nifas

Setelah persalinan terjadi involusi hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Menurut Sutanto (2019) cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. Untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut ini.

- a. Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal, karena hal ini akan membuat ibu merasa lebih kuat dan ini juga menjadikan otot perutnya menjadi kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.
- b. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.
 1. Dengan tidur terlentang dan lengan disamping, tarik otot perut selagi menarik napas, tahan napas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1 sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.
 2. Untuk membuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukanlah latihan keagel.
- c. Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- d. Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke enam setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

G. Tanda Bahaya Masa Nifas

Beberapa wanita setelah melahirkan secara fisik merasakan ketidaknyamanan terutama pada 6 minggu pertama setelah melahirkan di antaranya mengalami beragam rasa sakit, nyeri, dan gejala tidak

menyenangkan lainnya adalah wajar dan jarang merupakan tanda adanya sebuah masalah. Namun tetap saja, semua ibu yang baru melahirkan perlu menyadari gejala-gejala yang mungkin merujuk pada komplikasi pascapersalinan (Tonasih and Sari 2020).

Gejala atau tanda bahaya yang harus diwaspadai diantaranya sebagai berikut:

1) Perdarahan postpartum

Menurut Tonasih & Sari, (2020) Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Dengan tanda dan gejala secara umum sebagai berikut:

(1) Perdarahan yang membutuhkan lebih dari satu pembalut dalam waktu satu atau dua jam, sejumlah besar perdarahan berwarna merah terang tiap saat setelah minggu pertama pascapersalinan.

(2) Menurut waktu terjadinya dibagi atas dua bagian yaitu:

(1) Perdarahan Postpartum Primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir.

(2) perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke-5 sampai ke-15 postpartum

Hal-hal yang menyebabkan perdarahan postpartum adalah atonia uteri, perlukaan jalan lahir, terlepasnya sebagian plasenta dari uterus, tertinggalnya sebagian dari plasenta seperti kotiledon atau plasenta suksenturiata, endometritis puerperalis, penyakit darah (Rini and Kumala 2017).

Pencegahan perdarahan postpartum Tindakan pencegahan tidak saja dilakukan sewaktu bersalin, namun sudah dimulai sejak ibu hamil dengan melakukan antenatal care yang baik. Ibu-ibu yang mempunyai predisposisi atau riwayat perdarahan postpartum sangat dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit.

Munurut Rini (2017) tanda dan gejala Perdarahan postpartum:

- a) Uterus tidak berkontraksi dan lembek, perdarahan segera setelah anak lahir (Atonia uteri).
- b) Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dan keras, plasenta lengkap (Robekan jalan lahir).
- c) Plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, uterus berkontraksi dan keras (Retensio plasenta)
- d) Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap, perdarahan segera (Sisa plasenta)
- e) Sub-involusi uterus, nyeri tekan perut bawah dan pada uterus, perdarahan sekunder, lochia mukopurulen dan berbau (Endometritis atau sisa fragmen plasenta)

2) Infeksi masa Nifas Dengan tanda dan gejala secara umum sebagai berikut:

- a. Setelah 24 jam pertama, suhu di atas 370C lebih dari 1 hari. Tetapi kenaikan suhu tubuh temporal hingga 410C tepat se usai melahirkan (karena dehidrasi) atau demam ringan tidak lebih dari 380C pada waktu air susu mulai keluar tidak perlu dikhawatirkan.
- b. Rasa sakit atau tidak nyaman, dengan atau tanpa pembengkakan, di area abdominal bawah usai beberapa hari melahirkan.
- c. Rasa sakit yang tak kunjung reda di daerah perineal, setelah beberapa hari pertama.
- d. Bengkak di tempat tertentu dan/atau kemerahan, panas, dan keluar darah di tempat insisi Caesar.
- e. Rasa sakit di tempat tertentu, bengkak, kemerahan, panas, dan rasa lembek pada payudara begitu produksi penuh air susu mulai berkurang yang bisa berarti tanda-tanda mastitis. Infeksi pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan disebut infeksi nifas. Suhu 380C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2- 10 postpartum dan diukur per oral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai morbiditas puerperalis. Kenaikan suhu pada masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas apabila tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Sutanto 2019)

3) Infeksi saluran kencing

Dengan tanda dan gejala secara umum sebagai berikut:

Sulit berkemih, rasa nyeri atau terbakar saat berkemih, sering merasakan keinginan untuk kencing dan hanya keluar sedikit, air kencing sedikit dan/atau berwarna keruh. Kejadian Infeksi Saluran Kencing pada masa nifas relatif tinggi dan hal ini dihubungkan dengan hipotoni kandung kemih akibat trauma kandung kemih waktu persalinan, pemeriksaan dalam yang terlalu sering, kontaminasi kuman dari perineum, atau kateterisasi yang sering. Sistisis biasanya memberikan gejala berupa: nyeri berkemih (disuria), sering berkemih, tak dapat menahan untuk berkemih, demam (Tonasih and Sari 2020).

4) Subinvolusi uterus

Proses involusi rahim (pengecilan rahim) tidak berjalan sesuai sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilan terlambat. Tanda dan gejala terjadinya subinvolusi uterus sebagai berikut:

- a. Uterus lunak dengan perlambatan atau tidak adanya penurunan tinggi fundus uteri
- b. Warna lochia merah kecoklatan persisten atau berkembang lambat selama tahap-tahap rabas lochia diikuti perdarahan intermiten. Subinvolusi diterapi dengan ergonovin (Ergostrate) atau metilergonovin (methergine), 0,2 mg per oral setiap 4 jam selama 3 hari,

ibu dievaluasi kembali dalam 2 minggu. Jika ibu juga mengalami endometritis, tambahkan antibiotik spektrum luas (Tonasih and Sari 2020).

5) Tromboflebitis dan emboli paru

Dengan tanda dan gejala secara umum sebagai berikut:

- a. Rasa sakit hingga ke dada, yang bisa merupakan indikasi gumpalan darah pada paru-paru (jangan dikacaukan dengan rasa nyeri dada yang biasanya akibat mengejan terlalu kuat) (Tonasih and Sari 2020).
- b. Rasa sakit di tempat tertentu, lemah dan hangat di betis atau paha dengan atau tanpa adanya tanda merah, bengkak dan nyeri ketika menggerakkan kaki, yang bisa merupakan tanda gumpalan darah pada saluran darah di kaki. Perluasan infeksi nifas yang paling sering ialah perluasan atau invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah di sepanjang vena dan cabang-cabangnya sehingga terjadi tromboflebitis (Rini and Kumala 2017).

Tromboflebitis pascapartum lebih umum terjadi pada wanita penderita varikosis atau yang mungkin secara genetik rentan terhadap relaksasi dinding vena dan stasis vena. Tromboflebitis vena profunda ditandai dengan tanda dan gejala sebagai berikut: kemungkinan peningkatan suhu ringan, takikardia ringan, awitan tiba-tiba nyeri sangat berat pada tungkai

diperburuk dengan pergerakan atau saat berdiri, edema pergelangan kaki, tungkai dan paha, tanda homan positif, nyeri saat penekanan betis, nyeri tekan sepanjang aliran pembuluh darah yang terkena dengan pembuluh darah dapat teraba (Tonasih and Sari 2020).

Risiko terbesar yang berkaitan dengan tromboflebitis adalah emboli paru, terutama sekali terjadi pada tromboflebitis vena profunda dan kecil kemungkinannya terjadi pada tromboflebitis superfisial. Awitan tiba-tiba takipnea, dispnea, dan nyeri dada tajam adalah gejala yang paling umum. Penanganan meliputi tirah baring, elevasi ekstremitas yang terkena, kompres panas, stoking elastis, dan analgesia jika dibutuhkan. Rujukan ke dokter konsultan penting untuk memutuskan penggunaan antikoagulan dan antibiotic (Pitriani and Andriyani 2016).

6) Depresi postpartum

Dengan tanda dan gejala secara umum sebagai berikut: Depresi yang mempengaruhi kemampuan untuk mengatasi, atau yang tidak mereda setelah beberapa hari, perasaan marah pada bayi terutama jika perasaan itu dibarengi dengan keinginan buruk. Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stres pasca persalinan, terutama pada ibu primipara. Tanda dan gejala yang mungkin diperlihatkan pada penderita depresi postpartum adalah sebagai berikut: perasaan

sedih dan kecewa, sering menangis, merasa gelisah dan cemas, kehilangan ketertarikan terhadap hal-hal yang menyenangkan, nafsu makan menurun, kehilangan energi dan motivasi untuk melakukan sesuatu, tidak bisa tidur (insomnia), perasaan bersalah dan putus harapan (hopeless), penurunan atau peningkatan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, memperlihatkan penurunan keinginan untuk mengurus bayinya (Rini and Kumala 2017)

Penyebab depresi postpartum sendiri belum diketahui secara pasti. Namun, beberapa hal yang dicurigai sebagai faktor predisposisi terjadinya depresi postpartum adalah sebagai berikut:

- a. Perubahan hormonal yang cepat. Hormon yang berkaitan dengan terjadinya depresi postpartum adalah prolaktin, steroid, progesteron, dan estrogen.
- b. Masalah medis dalam kehamilan seperti PIH (pregnancy induced hypertension), diabetes melitus, atau disfungsi tiroid.
- c. Riwayat depresi, penyakit mental, dan alkoholik, baik pada diri ibu maupun dalam keluarga.
- d. Karakter pribadi seperti harga diri rendah ataupun ketidakdewasaan.

- e. Marital dysfunction ataupun ketidakmampuan membina hubungan dengan orang lainyang mengakibatkan kurangnya support system.
- f. Marah dengan kehamilannya (Unwanted pregnancy)
- g. Merasa terisolasi
- h. Kelemahan, gangguan tidur, ketakutan terhadap masalah keuangan keluarga, dan melahirkan anak dengan kecacatan atau penyakit. Beberapa intervensi berikut dapat membantu seorang wanita terbebas dari ancaman depresi setelah melahirkan: pelajari diri sendiri, tidur dan makan yang cukup, olahraga, hindari perubahan hidup sebelum atau sesudah melahirkan, beritahukan perasan anda, dukungan keluarga dan orang lain, persiapkan diri dengan baik, lakukan pekerjaan rumah tangga dan dukungan emosional.

H. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Sutanto, 2019 Kunjungan masa nifas paling sedikit dilakukan 4 kali kunjungan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir dan untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah-masalah yang terjadi. Frekuensi kunjungan masa nifas yaitu :

1) Kunjungan pertama 6-8 jam pasca persalinan Tujuan :

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
 - c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana pencegahan perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d. Pemberian ASI awal
 - e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia
 - g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil
- 2) Kunjungan kedua 6 hari pasca persalinan Tujuan:
- a. Memastikan involusi uteri berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak berbau.
 - b. Menilai adanya tanda infeksi, demam atau perdarahan abnormal
 - c. Memastikan ibu mendapatkan gizi cukup, cairan dan istirahat
 - d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit

- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari

3) Kunjungan ketiga 2 minggu pasca persalinan Tujuan:

- a. Memastikan involusi uteri berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak berbau
- b. Menilai adanya tanda infeksi, demam atau perdarahan abnormal
- c. Memastikan ibu mendapatkan gizi cukup, cairan dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari

4) Kunjungan keempat 6 minggu pasca persalinan Tujuan:

- a. Menanyakan pada ibu mengenai penyulit-penyulit yang dialami oleh ibu maupun bayi
- b. Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara dini

I. Pelayanan Kunjungan Ulang Nifas di Era Pandemi

Kemenkes RI (2020) mengeluarkan anjuran mengenai pelayanan kunjungan ulang nias di era pandemic *Covid-19*, anjuran tersebut diantaranya adalah :

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

Jika terdapat resiko/tanda bahaya maka periksakan diri ke tenaga kesehatan

2. Kunjungan nifas dilakukan sesuai jadwal kunjungan

3. Pelaksanaan kunjungan nifas dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online, dengan melakukan upaya pencegahan penuliran *Covid-19* baik dari petugas, ibu maupun keluarga

4. Apabila ibu dengan dugaan positif *Covid-19* ingin merawa bayinya sendiri maka segala upaya harus dilakukan untuk memastikan bahwa ia telah menerima informasi lengkap dan memahami potensi resiko terhadap bayinya.

5. Pelayanan KB dilaksanakan sesuai jadwal

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

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 (Sembiring 2019).

B. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Dwiendra (2015) mengklasifikasn beberapa sebutan untuk bai baru lahir, diantaranya :

- 1) Prematur : <37 minggu (<hari ke-259)
- 2) Cukup Bulan : 37-42 minggu (>hari ke-294)
- 3) Post Matur : >42 minggu (>hari ke-294)
- 4) Berat badan lahir amat sangat rendah : <1000 gram
- 5) Berat badan lahir sangat rendah : <1500 gram
- 6) Berat badan lahir rendah : <2500 gram
- 7) Berat badan lahir normal : ≥ 2500 gram

C. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir tentunya memiliki ciri khas tertentu oleh sebab itu Muzayyarah & Yani, (2019) mengemukakan pendapat mengereka mengenai ciri-ciri bayi baru lahir

1. Berat badan 2.500-4.000 gram.
2. Panjang badan 48-52 cm.
3. Lingkar dada 30-38 cm. Lingkar kepala 33-35 cm.
4. Frekuensi jantung 120-160 x/menit
5. Pernapasan $\pm 40-60$ x/menit.
6. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
7. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
8. Kuku agak panjang dan lemas.
9. Genitalia: pada perempuan, labia mayora sudah menutupi labia minora ; pada laki-laki, testis sudah turun, skrotum sudah ada.

10. Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
11. Refleks moro atau gerak memeluk jika di kagetkan sudah baik
12. Refleks grasp atau menggenggam sudah baik.
13. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.

D. Periode Bayi Baru Lahir

1) Periode Transisi

Menurut Sembiring, 2019 pada periode ini karakteristik perilaku terlihat nyata selama jam transisi segera setelah lahir. Masa transisi ini mencerminkan suatu kombinasi respon simpatik terhadap tekanan persalinan (tachypnea, tachycardia) dan respon parasimpatik (sebagai respon yang diberikan oleh kehadiran mucus, muntah, dan gerak peristaltik). Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu:

(1) Reaktivitas I (The First Period of Reactivity)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pusasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara sianosis atau akrosianosis. Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau terpaku. Selama periode ini, setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu

untuk memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Beberapa bayi akan disusui selama periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit. Bunyi usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltik hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik. Lebih jelas dapat dilihat secara karakteristiknya yaitu:

1. Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut: frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80 x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendekur serta adanya reteraksi (Dwiendra et al. 2015).
2. Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosi.
3. Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini (Dwiendra et al. 2015).

Bayi baru lahir mempunyai sedikit mucus, menangis kuat, reflek isap yang kuat. Tip khusus: selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama, dari pada hari-hari

selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk melalului proses periode pelekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama (Dwiendra et al. 2015).

(2) Fase Tidur

Berlangsung selama 30 menit selama persalinan. Tingkat tarif pernafasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin bayi tidak diganggu untuk pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar uterus (Sembiring 2019).

(3) Periode Reaktivitas II

Berlangsung selama 2-6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makanan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus

intestinal. Neonatus mungkin beraksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan bersama mucus. Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya. Setiap mucus yang terdapat selama pemberian makanan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti esofagial atresia, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makanan perlu ditunda sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh. Periode transisi kehidupan ekstrasuterin berakhir setelah periode ke-II reaktivitas. Hal ini terjadi ketika 2-6 jam setelah persalinan. Kulit dan saluran pencernaan neonatal belum terkolonisasi oleh beberapa tipe bakteri. Oleh karena itu neonatal jangan diproteksi dari bakteri menguntungkan. Semua perawat harus mencuci tangan dan lengan bawah selama 3 menit dengan sabun antibakteria sebelum menyentuh bayi. Aktivitas ini merupakan proteksi yang berguna terhadap infeksi neonatal. APGAR SCORE harus dinilai selama periode ini. (Sembiring 2019).

Tabel 2.4
AGAR Score

Tampilan	0	1	2	Nilai
A Appearance				

	Warna kulit	pucat	Badan merah ektermitas kkebiruan	Seluruh tubuh kemerahan	
P	Pulse				
	Denyut Jantung	Tidak Ada	<100	>100	
G	Grimace				
	Reaksi Terhadap Rangsangan	Tidak Ada	Menyeringai	Bersin/Batuk	
A	Activity				
	Kontraksi Otot	Tidak Ada	Ekstermitas Sedikit Fleksi	Gerakan Aktif	
R	Respiration				
	Pernafasan	Tidak Ada	Lemah/Tiddak Teratur	Menangis Kuat	
Keterangan: Nilai APGAR 0-3 : Asfiksia Berat Nilai APGAR 4-6 : Asfiksia Sedang Nilai APGAR 7-10 :Asiksia Ringan - Normal					

Sumber : Sembiring 2019

E. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Luar Rahim

1) Sistem Prnafasan

Ketika struktr matang, ranting peru-paru sudah bisa menenmabngkan sistem alveoli. Selama dalam uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melaului bayi. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melewati paru-paru bayi pernafasan pertma pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi bernafas pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya suraktan ang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara tertahan di dalam (Muzayyaroh and Yani 2019).

Rangsangan gerakan pernafasan pertama menurut Dwiendra., (2015)terjadi beberapa hal berikut :

- a. Tekanan mekanik dari thorax sewaktu melalui jalan lahir simulasi mekanik
- b. Penurunan PaO₂ peningkatan PaCO₂ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus
- c. Rangsangan dengan daerah dimuka dan perubahan suhu di dalam uterus
- d. Reflek deflasi hering Breur.

2) Suhu tubuh

Terdapat 4 mekanisme bayi kemungkinan kehilangan panas Muzayyaroh & Yani, (2019) yaitu:

a. Konduksi

Panas yang dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.

b. Konveksi

Hilangnya panas dari tubuh bayi keudara sekitar yang sedang bergerak.

c. Radiasi

Kehilangan panas karena lingkungan luar lebih dingin dibanding tubuh janin.

d. Evaporasi

Hilangnya panas melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembapan udara.

3) Metabolisme

Bayi baru lahir menyesuaikan diri dengan lingkungan baru disekitar sehingga energy diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam kelahiran energy diperoleh dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaan lemak. Setelah mendapatkan ASI kira-kira pada hari ke 66 pemenuhan kebutuhannya didapat dari 40% karbohidrat, 0% lemak (Muzayyarah and Yani 2019).

4) Peredaran darah

Pada fetus, peredaran darah dimulai dari plasental melalui vena umbilicalis lalu bagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung kemudian ke balik kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta keseluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta (Sembiring 2019).

Setelah bayi lahir, paru paru akan berkembang mengakibatkan tekanan anterior pada paru-paru menurun. Tekanan dalam jantung kanan menurun, sehingga tekanan jantung kiri lebih besar daripada tekanan jantung kanan yang menghasilkan foramen ovale tertutup secara fungsional (Sembiring 2019).

Aliran darah pada hari pertama kelahiran adalah 4-55 liter permenit meter persegi. Aliranistolik pada hari pertama

rendah yaitu 1,98 liter/menit/meter² dan bertambah pada hari kedua dan ketiga karena penutupan duktus anterior. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah melalui transfuse plasenta pada jam-jam pertama sedikit menurun, kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 8540mmHg (Sembiring 2019).

5) Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relatif banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa (Sembiring 2019).

6) Imunoglobulin

Pada bayi baru lahir hanya terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil (Muzayyaroh and Yani 2019).

7) Traktus Digestive

Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari muko polisakarida dan disebut meconium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestive ini biasanya

sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amylase pancreas (Muzayyaroh and Yani 2019).

8) Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna (Muzayyaroh and Yani 2019)

9) Keseimbangan Asam Basa

Derajat keasaman (pH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobik. Dalam 24 jam neonatus telah mengkompensasi asidosis (Muzayyaroh and Yani 2019).

F. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Dwiendra, 2015 berpendapat, Sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.

1) Bila bayi tersebut menangis atau bernapas (terlihat dari pergerakan dada paling sedikit 30 kali/menit) boarkan bayi tersebut dengan bayinya.

2) Bila bayi tersebut tidak bernapas dalam waktu 30 detik, segeralah cari bantuan, dan mulailah langkah-langkah resusitasi bayi tersebut.

Penganganan : persiapkan kebutuha resusitasi untuk setiap bayi dan siapkan rencana untuk meminta bantuan, khususnya bila ibu tersebut memiliki riwayat eklamsia, perdarahan persalinan lama

atau macet, persalinan dini atau infeksi. Jika bayi tidak segera bernapas, lakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Keringkan bayi dengan selimut atau handuk yang hangat.
- b. Gosoklah punggung bayi tersebut dengan lembut.
- c. Jika bayi belum mulai bernapas setelah 60 detik mulai resusitasi.
- d. Apabila bayi sianosis (kulit biru) atau sukar bernapas (frekuensi pernapasan kurang dari 30 atau lebih dari 60 kali/menit) berilah oksigen kepada bayi dengan kateter nasal atau nasal prongs.

Tanda-tanda bahaya dibagi menjadi 2 :

- a. Tanda – tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu yaitu :
 - 1 Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau hisapan lemah
 - 2 Kesulitan bernapas yaitu pernapasan cepat lebih dari 60 kali /menit atau menggunakan otot napas tambahan
 - 3 Letargi bayi terus-menerus tidur tanpa bangun untuk makan
 - 4 Warna abnormal kulit atau bibir biru atau sianosis atau bayi sangat kuning.
 - 5 Suhu terlalu panas atau demam atau terlalu dingin atau hipotermia

- 7 Tanda atau perilaku abnormal atau tidak biasa
Gangguan gastrointestinal misalnya tidak bertinja selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus – menerus, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua, atau berdarah, lender
- 8 Mata bengkak atau mengeluarkan cairan
(Sembiring 2019)

Tanda-tanda bahaya yang harus di waspadai pada bayi baru lahir.

- a. Pernapasan- sulit atau lebih dari 60 kali per menit
- b. Kehangatan- terlalu panas ($> 38\text{ C}$ atau terlalu dingin $<36\text{ C}$)
- c. Warna- kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar
- d. Pemberian makan- hispan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
- e. Tali pusat – merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, berdarah.
- f. Infeksi – suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernapasan sulit.
- g. Tinja/kemih – tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja. Aktivitas – menggigil, atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, mengis terus menerus.

(Sembiring 2019)

Penanganan:

- a. Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setia 2 – 3 jam (paling sedikit setiap 4 jam) mulai dari hari pertama.
- b. Pertahankan agar bayi selalu dengan ibu.
- c. Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering dengan mengambil popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas dan terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa kemampuan pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan kedalam mulut bayi harus bersih.
- d. Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
- e. Peganglah, sayangi dan nikamati kehidupan bersama bayi.
- f. Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu.
- g. Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi.
- h. Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

G. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1) Minum

Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2 – 3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi yang menyusui sesuai permintaanya bisa menyusui sebanyak 12 – 15 kali dalam 24 jam. Biasanya, ia langsung mengosongkan payudara pertama dalam beberapa menit. Frekuensi menyusui itu dapat diatur sedemikian rupa dengan membuat jadwal rutin, sehingga bayi akan menyusui sekitar 5 – 10 kali dalam sehari (Muzayyarah and Yani 2019).

Pemberian ASI saja cukup. Pada periode usia 0 – 6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan ataupun minuman lainnya. Pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuannya bayi untuk menghisap. Berikut ini merupakan beberapa prosedur pemberian ASI yang harus diperhatikan :

- a. Tetekkan bayi segera atau selambatnya setengah jam setelah bayi lahir. Pemberian ASI pada hari – hari pertama setelah kelahiran bayi tidak harus diberikan dari satu payudara (kiri dan kanan saja), tetapi bayi mesti diberi ASI dari kedua payudara secara bergantian.

Tindakan tersebut mencegah terjadinya pengerasan payudara. Untuk itu ibu perlu mengetahui cara

memindahkan bayi dari satu payudara ke payudara lainnya. Caranya, ibu menekan payudaranya secara pelan, lalu menjauhkannya dari mulut bayi. Bila hal ini dilakukan terus – menerus, maka ibu akan lebih berpengalaman, sehingga mengetahui waktu yang tepat untuk mengganti payudaranya yang di isap oleh bayinya .

- b. Biasakan mencuci tangan dengan sabun setiap kali sebelum menekan.
- c. Perah sedikit kolostrum atau ASI dan oleskan pada daerah puting dan sekitarnya.
- d. Ibu duduk atau tiduran atau berbaring dengan santai. Bayi diletakan pada ibu dengan posisi Perut bayi menempel ke perut ibu Dagu bayi menempel ke payudara, Telinga dan lengan bayi berada dalam satu garis lurus Mulut bayi terbuka lebar menutupi daerah gelap sekitar perut ibu
- e. Cara agar mulut bayi terbuka adalah dengan menyentuhkan puting susu pada bibir atau pipi bayi.
- f. Setelah mulut bayi terbuka lebar, segera masukan puting dan sebagian besar lingkaran atau daerah gelap sekitar puting susu ke dalam mulut bayi.

- g. Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah ke payudara lainya. Pemberian ASI berikutnya mulai dari payudara yang belum kosong tadi.
- h. Jangan mencuci putting payudara menggunakan sabun atau alcohol karena dapat membuat putting payudara kering dan menyebabkan pengerasan yang bisa mengakibatkan terjadinya luka. Selain itu, rasa putting payudara akan berbeda, sehingga bayi enggan menyusui. Hendaknya setelah menyusui, biarkan beberapa tetes ASI disekitar putting payudara mongering. Hal ini membuat putting payudara tidak terluka dan terjaga dari infeksi (Sembiring 2019).

Mungkin ada beberapa alasan bagi seorang ibu tidak bisa memberikan ASI secara langsung pada bayinya. Namun demikian, hal ini bukan menjadi alasan bagi ibu untuk menghentikan pemberian ASI pada bayinya. Agar ibu tetap bisa memberikan ASI maka ibu harus pandai memeras ASI agar bayi tetap bisa menikmati asi sebagai haknya atas sang ibu. Setelah ASI dikeluarkan dengan cara diperas, maka ibu atau anggota keluarga yang lainya dapat memberikan ASI pada si bayi dengan pipet, sendok atau pipa NGT. Berikut ini cara memeras ASI yang bisa diajarkan pada ibu: Bidan

menganjurkan pada ibu untuk mencuci tangan terlebih dahulu. Setelah itu :

1. Duduklah ibu secepat atau se nyaman mungkin.
2. Pegang atau letakan cangkir dekat dengan payudara ibu
3. Letakan ibu jari pada payudara diatas puting susu atau areola (bagian lingkaran hitam berwarna gelap pada payudara) dan jari telunjuk dibawah payudara, juga dibawah puting susu dan areola.
4. Tekan ibu jari dan telunjuk kedalam, kearah dada. Ibu tidak perlu menekan terlalu keras, karena dapat menghambat aliran air susu.
5. Kemudian tekanlah payudara ibu ke belakang puting dan areola antara jari telunjuk dan ibu jari.
6. Selanjutnya tekan dan lepaskan, tekan dan lepaskan. Kegiatan ini tidak boleh menyakiti atau ibu sampai merasa nyeri. Pada awalnya, mungkin tidak ada susu yang keluar, tetapi setelah dilakuakn penekanan beberapa kali, ASI mulai menetes keluar.
7. Tekan areola dengan cara yang sama dari arah samping, untuk meyakinkan bahwa ASI ditekan dari seluruh bagian payudara.

8. Hindari menggosok – gosok payudara atau memelintir puting susu.
9. Peras satu payudara sekurang – kurangnya 3 – 5 menit hingga aliran menjadi pelan ; kemudian lakukan pada payudara yang satu lagi dengan cara yang sama. Kemudian ulangi keduanya. Ibu dapat menggunakan satu tangan untuk satu payudara dan gantilah bila merasa lelah. Memeras ASI membutuhkan waktu 20 – 30 menit. Terutama pada hari – hari pertama, ketika masih sedikit ASI yang diproduksi.

2) Buang Air Besar

Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan biasanya berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan. Setelah itu feses bayi bisa bergumpal – gumpal seperti jeli, padat, berbiji, atau seeded dan bisa juga berupa cairan, feses bayi yang diberi ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan feses bayi yang diebri susu formula berbentuk padat, bergumpal – gumpal atau agak liat dan bulat. Makanya bayi yang mengkonsumsi susu formula kadang suka bebelan (susah BAB) sedangkan yang mendapat ASI tidak berbentuk cair, hal itu perlu dicurigai. Bisa jadi bayi alergi

terhadap susu formula yang dikonsumsinya atau susu tercampur bakteri yang mengganggu usus. Kesulitan mendeteksi normal tidaknya feses akan terjadi bila ibu memberikan ASI yng diselang – seling susu formula. Misalnya akan sulit menentukan apakah feses yang cair atau mencret itu berasal dari susu atau susu formula. Kalau mencretnya karena minumASI, ini normal – normal saja karena sistem pencernaanya memang belum sempurna. Tetap susui bayi agar tidak mengalami dehisrasi. Tapi bila mencretnya disertai dengan keluahn demam, muntah atau keluhan lain dan jumlahnya sangat banyak atau mancur, berarti memang ada masalah pada bayi maka harus dirujuk (Sembiring 2019).

Masalah frekuensi sering mencemaskan ibu karena frekuensi BAB bayi tidak sama dengan orang dewasa, padahal frekuensi BAB pada setiap bayi berbeda, bahkan bayi yang sama pun frekuensi BAB nya akan berbeda dari minggu ini dan minggu depannya, itu karena bayi belum menemukan pola yang pas. Umumnya di 4 atau minggu ke 5 minggu pertama dalam sehari bisa lebih dari 5 kali atau 6 kali, tidak masalah selama pertumbuhanya bagus (Dwiendra et al. 2015).

Bayi yang minum ASI eksklusif sebaliknya bisa saja BAB selama 2 sampai 4 hari bahkan bisa 7 hari sekali, bukan berarti mengalami gangguan sembelit tapi bisa saja karena memang tidak ada ampas makanan yang harus dikeluarkan.

Semuanya dapat diserap dengan baik, feses yang keluar setelah itu juga harus tetap normal seperti biasa. Tidak cair yang disertai banyak lendir atau berbau busuk dan disertai demam dan penurunan berat badan bayi. Jadi yang penting lihat pertumbuhannya apakah anak tidak rewel dan minumnya bagus, kalau 3 hari BAB, dan bayinya anteng – anteng saja mungkin memang belum waktunya BAB (Dwiendra et al. 2015).

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama setelah lahir. BAB pertama ini disebut mekonium. Biasanya berwarna hitam kehijauan yang lengket seperti aspal yang merupakan produk dari sel – sel yang diproduksi dalam saluran cerna selama bayi berada dalam kandungan. BAB pertama dalam 24 jam penting artinya karena menjadi indikasi apakah pencernaannya normal atau tidak. Frekuensi BAB yang sering bukan berarti pencernaannya terganggu. Waspadai bila warnanya putih atau disertai darah. Umumnya warna – warna feses bayi dapat dibedakan menjadi kuning, coklat, hijau, merah dan putih atau keabuan. Normal atau tidaknya sistem pencernaan bayi dapat dideteksi dari warna – warna feses tersebut (Dwiendra et al. 2015).

3) Buang Air Kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK yaitu 7 – 10 x sehari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Bayi mulai

memiliki fungsi ginjal yang sempurna selama 2 tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tersebut tidak dikeluarkan selama 12 – 24 jam. Jika urin pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup (Sembiring 2019).

Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urin 15 – 16 ml / kg / hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering, maka setelah BAK harus diganti popoknya minimal 4 -5 x perhari. Ada beberapa kemungkinan penyebab kurangnya buang air pada bayi :

- a. Bayi mengalami kekurangan cairan. Ini bisa terjadi karena ibu yang menyusui kurang banyak minum atau bayi sedang mengalami muntah – muntah atau berkeringat berlebihan. Kondisi seperti ini dapat diatasi dengan banyak member asupan cairan pada bayi.
- b. Pada bayi laki – laki, coba perhatikan ujung kulupnya apakah terlihat kecil atau tidak. Bila ya, bisa jadi ia mengalami phymosis (ujung kulup kecil) sehingga menyebabkan jarang BAK. Sebagai solusi, biasanya dokter akan melakukan pembesaran dengan cara sunat. Kondisi ini perlu diatasi segera karena jika dibiarkan bisa menimbulkan infeksi pada saluran kencing bayi.

c. Sukar pipis pada bayi perempuan bisa disebabkan karena terjadi infeksi pada organ intimnya meski bisa juga BAK nya justru jadi lebih sering. Sebagai pencegahan, sehabis BAK, lubang kencing dan daerah sekitarnya mesti langsung dibersihkan. Sisa air seni bisa mengendap dilipatan – lipatan sekitar kelaminya dan menimbulkan infeksi. Perhatikan juga tehnik membersihkan organ pembuangan. Jangan membersihkan dari arah belakang ke depan namun dari depan kebelakang. Ini dimaksudkan agar kotoran dari anus tidak terbawa ke vagina.

4) Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata – rata tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangnya yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau telalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi. Pola tidur bayi masih belum teratur karena jam biologis yang belum matang. Tetapi perlahan – lahan akan bergeser sehingga lebih banyak waktu tidur dimalam hari dibandingkan dengan siang hari. Keluhan gangguan tidur biasanya dating dari orang tuanya yang sulit menerima jam tidur bayi (Sembiring 2019).

Dikatakan bahwa orang tua kekurangan tidur 2 jam setiap harinya hingga bayi berusia 5 bulan sampai 2 tahun, orang tua kehilangan 1 jam waktu tidur setiap malamnya. Sehingga orang tua pun perlu menyiasati waktu tidurnya sesuai dengan pola tidur bayinya. Mulai usia 2 bulan bayi mulai lebih banyak tidur malam dibanding siang. Usia 3 – 6 bulan jumlah tidurpun semakin berkurang, kira – kira 3 kali dan terus berkurang hingga 2 kali pada usia 6 – 12 bulan. Menjelang 1 tahun biasanya bayi hanya perlu tidur siang satu kali saja dengan total jumlah waktu tidur berkisar antara 12 – 14 jam (Dwiendra et al. 2015).

Latih anak agar mengerti bahwa malam hari adalah waktu untuk tidur dan siang hari adalah waktu untuk bangun. Salah satu caranya adalah dengan mengajaknya bermain hanya disiang hari saja, tidak dimalam hari.

Latih bayi agar mengetahui bahwa tempat tidur adalah tempatnya untuk tidur. Letakan bayi ditempat tidur saat ia sudah mengantuk, hindari membiarkanya tidur dalam gendongan atau diruangan lain. Lampu utama sebainya dimatikan dan nyalakan lampu tidur yang redup.

Ketika bayi terbangun, ajari untuk tidur kembali. Jangan nyalakan lampu, tenangkan dengan kata – kata lembut. Selanjutnya tinggalkan ia sendiri untuk kembali tidur, jika menangis lagi, biarkan dulu 5 menit baru tenangkan lagi.

Berikutnya jika kembali menangis tunggu 10 menit dan seterusnya hingga 15 menit, malam berikutnya tambah waktu tunggu 5 menit yaitu 10 menit, 15 dan 20 menit. Biasanya bayi memerlukan waktu hingga 2 – 3 malam. Jika gagal hentikan dulu prosedur ini dan coba lagi setelah 1 bulan cara ini diperkenalkan oleh Richard Ferber, Boston's Children Hospital. Pastikan bayi tidur dengan aman :

- a. Letakan bayi pada permukaan rata yang tidak terlalu empuk. Pasang seprai atau alas dengan cermat agar tidak mudah lepas.
- b. Jangan merokok disekitar bayi.
- c. Jangan biarkan bayi terlalu hangat, jangan berlebihan dalam membuntal bayi ketika tidur. Jika khawatir kepala bayi akan peyang jika terlalu sering tidur terlentang, tengkurapkan bayi saat bangun dan ada yang mengawasi. Atau ubah sesekali posisi kepala saat bayi tidur terlentang.

5) Kebersihan Kulit

Muka, pantat dan tali pusat bayi perlu dibersihkan secara teratur mandi seluruh tubuh setiap hari tidak harus dilakukan. Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi (Sembiring 2019).

Memandikan bayi baru lahir merupakan tantangan tersendiri bagi ibu baru. Ajari ibu, jika ibu masih ragu untuk memandikan bayi di bak mandi karena tali pusatnya belum puput, maka bisa memandikan bayi dengan melap seluruh badan dengan menggunakan waslap saja. Yang penting siapkan air hangat – hangat kuku dan tempatkan bayi didalam ruangan yang hangat tidak berangin. Lap wajah, terutama area mata dan sekujur tubuh dengan lembut. Jika mau menggunakan sabun sebaiknya pilih sabun yang two in one, bisa untuk keramas sekaligus mandi (Sembiring 2019).

Keringkan bayi dengan cara membungkusnya dengan handuk kering. Bersihkan tali pusat dengan menggunakan kapas atau kasa alcohol setelah itu lilit tali pusat dengan kasa steril yang telah tersedia diapotik – apotik terdekat untuk menghindarkanya dari infeksi (Sembiring 2019).

Jika tali pusat bayi baru lahir sudah puput, bersihkan liang pusat dengan cotton but yang telah diberi minyak telon atauminyak kayu putih. Usapkan minyak telon atau minyak kayu putih didada dan diperut bayi sambil dipijat lembut. Kulit bayi baru lahir terlihat kering karena dalam transisi dari lingkungan ke rahim ke lingkungan berudara. Oleh karena itu digunakan baby oil untuk melembabkan lengan dan kaki bayi. Setelah itu bedaki lipatan – lipatan paha dan tangan agar tidak terjadi iritasi. Hindari membedaki daerah wajah jika

menggunakan bedak tabur karena bahan bedak tersebut berbahaya jika terhirup napas bayi. Bisa menyebabkan sesak napas atau infeksi saluran pernapasan (Sembiring 2019).

Pakaikan baju ukuran bayi baru lahir yang berbahan katun agar mudah menyerap keringat. Sebaiknya bunda memilih pakaian berkancing depan untuk memudahkan pemasangan pakaian. Jika suhu ruangan kurang dari 25 °C beri bayi pakaian dobel agar tidak kedinginan. Tubuh bayi baru lahir biasanya sering terasa dingin, oleh karena itu usahakan suhu ruangan tempat bayi baru lahir berada di 27° C. Tapi biasanya sesudah sekitar satu minggu bayi baru lahir akan merespon terhadap suhu lingkungan sekitarnya dan mulai bisa berkeringat (Sembiring 2019).

6) Keamanan

Jangan sekali – sekali meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi (Sembiring 2019).

H. Penyuluhan Sebelum Bayi Baru Lahir Dibawa Pulang

Sembiring,2019 didalam bukunya mengatakan hal yang perlu disampaikan kepada orang tua sebelum membawa bayinya pulang diantaranya:

- 1) perawatan tali pusat
- 2) pemberian ASI

- 3) jaga kehangatan bayi
- 4) tanda – tanda bahaya
- 5) imunisasi
- 6) perawatan harian atau rutin
- 7) pencegahan infeksi dan kecelakaan

I. Kunjungan Bayi Baru Lahir

Terdapat tiga kali kunjungan neonatus menurut Noordiati, 2018 yaitu:

- 1 Pada usia 6-48 jam (kunjungan neonatal 1)
 - a. Menjaga kehangatan bayi
 - b. Memastikan bayi menyusu sesering mungkin
 - c. Memastikan bayi sudah buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK)
 - d. Memastikan bayi cukup tidur
 - e. Menjaga kebersihan kulit bayi
 - f. Perawatan tali pusat untuk mencegah infeksi
 - g. Mengamati tanda-tanda infeksi
- 2 Pada usia 3-7 hari (kunjungan neonatal 2)
 - a. Mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya
 - b. Menanyakan pada ibu apakah bayi menyusu kuat
 - c. Menanyakan pada ibu apakah BAB dan BAK bayi normal
 - d. Menanyakan apakah bayi tidur lelap atau rewel
 - e. Menjaga kekeringan tali pusat

f. Menanyakan pada ibu apakah terdapat tanda-tanda infeksi

3 Pada usia 8-28 hari (kunjungan neonatal 3)

- a. Mengingatkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya
- b. Menanyakan pada ibu apakah bayi menyusu kuat
- c. Menganjurkan ibu untuk menyusui ASI saja tanpa makanan tambahan selama 6 bulan
- d. Bayi sudah mendapatkan imunisasi BCG, Polio dan hepatitis
- e. Mengingatkan ibu untuk menjaga pusat tetap bersih dan kering
- f. Mengingatkan ibu untuk mengamati tanda-tanda infeksi.

J. Pelayanan Kunjungan Bayi Baru Lahir di Era Pandemi *Covid-19*

Pelayanan Asuhan Bayi baru lahir tetap dapat dilakukan sebagaimana mestinya namun dengan cacatan sebagai berikut :

1. Bayi baru lahir tetap mendapat pelayanan neonatal esensial saat lahir (0- 6 jam) seperti pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusu dini, injeksi vitamin K1, pemberian salep atau tetes mata antibiotik dan pemberian imunisasi hepatitis B
2. Setelah 2 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan pengambilan sample screening hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan.

3. Pelaaanan neonatal esensial setelah lahir atau kunjungan neonatal tetap dilakukan sesuai jadwal.

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, apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke rumah sakit.

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut Purwoastuti, 2015 dalam (Fauziah, 2020) Keluarga Berencana adalah usaha suami istri untuk mengukur jumlah anak dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud adalah mencegah sperma untuk mencapai dan membuahi sel telur wanita dan berkembang di dalam rahim.

Sedangkan Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. upaya itu dapat bersifat sementara, dapat pula bersifat permanen. penggunaan kontrasepsi merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas (Hartanto 2015)

B. Macam-Macam Alat Kontrasepsi KB

Macam alat kontrasepsi ada 2 yaitu metode sederhana dan modern.

Metode sederhana misalnya MAL, Konodm, edangkan metode

modern seperti KB suntik, pil Kb. Untuk KB jangka panjang ada IUD, Tubektomi, dan vasektomi. (Hartanto 2015)

1) Kontrasepsi tanpa menggunakan alat – alat / obat – obat

a. MAL adalah alat kontrasepsi yang mengandalkan air susu ibu (ASI) (Syarifuddin 2015).

MAL dapat dijadikan sebagai alat kontrasepsi bila memenuhi syarat sebagai berikut :

1. Menyusui lebih efektif bila pemberian ASI sebanyak 6 kali atau lebih dalam waktu 24 jam
2. Belum menstruasi
3. Usia bayi kurang dari 6 bulan

Cara kerja : kontrasepsi prolaktin meningkat sebagai respon terhadap stimulus pengisapan berulang ketika menyusui. Dengan intensitas dan frekuensi yang cukup, kadar prolaktin akan tetap tinggi. Hormon prolaktin yang merangsang produksi ASI juga mengurangi kadar LH yang diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi. Kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitif terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar estrogen yang rendah dan an-ovulasi.

Bahkan pada saat aktifitas ovarium mulai pulih kembali, kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan fase luteal

yang mengakibatkan singkat dan fertilisasi menurun. Maka dari itu inti dari cara kerja MAL adalah dengan penundaan atau penekanan ovulasi (Hartanto 2015).

Keuntungan :

1. Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan)
2. Segera Efektif
3. Tidak mengganggu senggama
4. Tidak ada efek samping secara sistemik
5. Tidak perlu pengawasan medis
6. Tidak perlu obat/alat
7. Tanpa biaya

Kerugian

1. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam waktu 30 menit pasca persalinan
2. Mungkin akan sulit dilaksanakan karena kondisi social
3. Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya menstruasi atau sampai dengan 6 bulan . hanya wanita amenore yang memberikan ASI nya secara eksklusif dengan interval teratur, termasuk pada waktu malam hari, yang selama 6 bulan pertama mendapatkan perlindungan

kontraseptif sama dengan perlindungan yang diberikan oleh kontrasepsi oral. Dengan munculnya menstruasi atau setelah 6 bulan, resiko ovulasi meningkat.

4. Tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual

Indikasi

1. Ibu yang menyusui secara eksklusif
2. Bayinya kurang dari 6 bulan
3. Belum mendapat menstruasi setelah melahirkan
4. Tetap menganjurkan ibu untuk memilih metode kontrasepsi yang lainnya bila ibu sudah mendapatkan menstruasi dengan tetap melanjutkan ASI.

Kontraindikasi

1. Sudah mendapatkan menstruasi setelah persalinan
2. Tidak menyusui secara eksklusif
3. Bayinya sudah berumur 6 bulan lebih
4. Bekerja dan terpisah dari bayi lebih dari 6 jam

- b. Senggama terputus

Penarikan penis dari vagina sebelum terjadi ejakulasi. Keuntungannya cara ini tidak memerlukan biaya, alat-alat maupun persiapan, akan tetapi kekurangannya untuk mensukseskan cara ini dibutuhkan pengendalian yang besar dari pihak pria (Syiaifuddin 2015).

Keterbatasan : efektifitas bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4 – 18 kehamilan per 100 perempuan per tahun), efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis, memutus kenikmatan dalam hubungan seksual (Syiaifuddin 2015).

Indikasi : pria yang ingin berpartisipasi aktif dalam KB, pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak menggunakan metode – metode lain, pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera, pasangan yang memerlukan metode sementara sambil menunggu metode yang lain, pasangan yang membutuhkan metode pendukung, pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur (Syiaifuddin 2015).

Kontraindikasi : pria dengan pengalaman ejakulasi dini, pria yang sulit melakukan senggama terputus, pria yang memiliki kelainan fisik atau psikologis, perempuan yang

mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama, pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi, pasangan yang tidak bersedia melakukan metode ini (Syarifuddin 2015).

c. Metode kalender / pantang berkala

Prinsip pantang berkala adalah tidak melakukan koitus pada masa subur istri. Cara menentukan masa aman : catat siklus haid selama 3 bulan terakhir, kemudian tentukan siklus terpendek dan terpanjang. Siklus terpendek dikurangi dengan 28 hari, dan siklus terpanjang dikurangi dengan 11 hari. Dua angka yang didapat merupakan range masa subur (Hartanto 2015).

2) Kontrasepsi sederhana dengan alat

a. Kondom



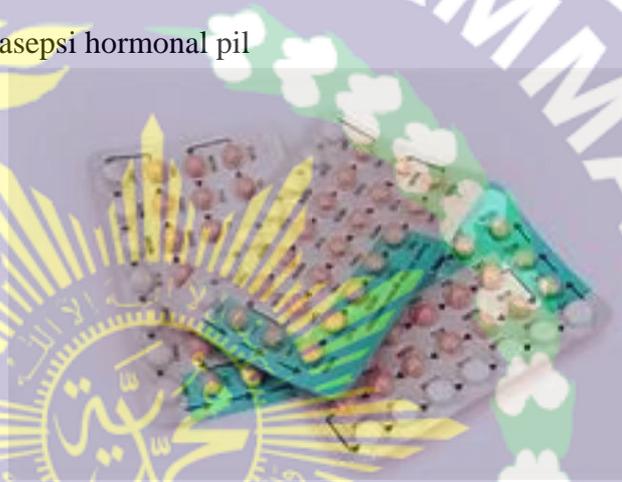
Gambar 2.6
Kondom
Sumber : (Hartanto 2015)

Prinsip kerja kondom adalah sebagai perisai dari penis sewaktu melakukan koitus, dan mencegah pengumpulan sperma dalam vagina. Keuntungan

kondom, selain memberikan perlindungan terhadap penyakit kelamin juga dapat digunakan untuk kontrasepsi. Kekurangannya mengurangi kenikmatan saat koitus (Syaifuddin 2015).

Kontraindikasi : alergi terhadap karet kondom. Efek samping pada beberapa kasus terdapat reaksi alergi terhadap kondom karet (Syaifuddin 2015).

3) Kontrasepsi hormonal pil



Gambar 2.7
Pil KB

Sumber : (Manuaba 2010)

a. Pil oral kombinasi

Mengandung estrogen dan progesterone

Cara kerja : menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental, pergerakan tuba terganggu sehingga transport telur dengan sendirinya akan terganggu (Syaifuddin 2015).

Keuntungan : risiko terhadap kesehatan kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi

teratur, kesuburan akan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan (Syaifuddin 2015).

Kerugian : mahal, dan membosankan karena harus diminum setiap hari, tidak boleh diberikan pada wanita menyusui, tidak mencegah PMS, HIV / AIDS (Hartanto 2015)

Efek samping : amenore, mual, pusing, muntah

Kontraindikasi : kehamilan, tromboflebitis, gangguan tromboemboli, cedera serebrovaskular, penyakit pembuluh darah otak, atau arteri koroner, kerusakan hati, kerusakan fungsi hati, atau hepatitis akut, tumor maligna atau benigna, perdarahan genitalia abnormal yang tidak terdiagnosis, karsinoma payudara, karsinoma endometrium, sakit kepala migran klasik, wanita perokok usia diatas 35 tahun, dan diabetes mellitus (Syaifuddin 2015).

4) Kontrasepsi hormonal suntik



Gambar 2.8
Kontrasepsi Suntik
Sumber : (Syaifuddin 2015)

Cara kerja : menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu, menghambat transportasi gamet oleh tuba (Syarifuddin 2015).

Keuntungan kontrasepsi : risiko terhadap kesehatan kecil, jangka panjang, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri (Syarifuddin 2015).

Keuntungan non kontrasepsi : mengurangi jumlah perdarahan, nyeri haid, dan mencegah anemia, mencegah kanker ovarium, dan kanker endometrium, mengurangi payudara jinak dan kista ovarium, mencegah kehamilan ektopik (Syarifuddin 2015).

Kerugian : ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, klien harus kembali 1 bulan kemudian untuk mendapatkan suntikan kembali, efektifitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat – obatan epilepsi, tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS (Syarifuddin 2015).

Indikasi : usia produktif, telah memiliki anak, menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah abortus atau keguguran, telah memiliki

banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi, perokok, tekanan darah $< 180 / 110$ mmHg dengan masalah gangguan pembekuan darah atau dengan anemia bulan sabit, tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, anemia defisiensi besi, mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi (Syarifuddin 2015).

Kontraindikasi : hamil atau dicurigai hamil, memiliki riwayat perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenore, menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, menderita diabetes melitus disertai komplikasi (Syarifuddin 2015).

5) Kontrasepsi hormonal implant

Adalah metode kontrasepsi yang diinsersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah (Syarifuddin 2015).

Cara kerja : lendir serviks mengental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, menekan ovulasi (Syarifuddin 2015).

Keuntungan : daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang, pengembalian kesuburan yang cepat, tidak

memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya kembali ke klinik apabila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat, mengurangi jumlah darah haid, mengurangi / memperbaiki anemia (Syarifuddin 2015).

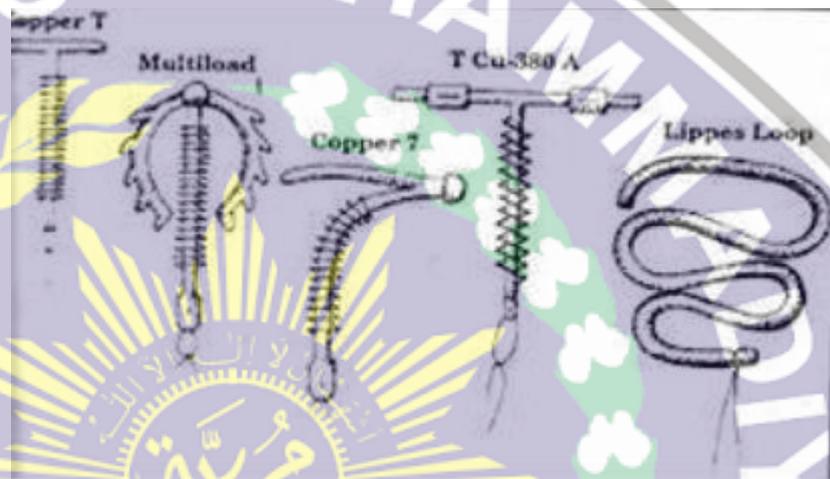
Kerugian : nyeri kepala, peningkatan berat badan, jerawat, perubahan perasaan atau kegelisahan, membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan (Syarifuddin 2015).

Indikasi : perempuan pada usia produktif, telah memiliki anak ataupun belum, menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan jangka panjang, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, pascapersalinan dan tidak menyusui, pascakeguguran, tidak menginginkan anak lagi tetapi menolak sterilisasi, riwayat kehamilan ektopik, tekanan darah dibawah 180 / 110 mmHg dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit, perempuan yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen, perempuan yang sering lupa menggunakan pil (Syarifuddin 2015).

Kontraindikasi : hamil atau diduga hamil, perempuan dengan perdarahan pervaginam yang belum

jelas penyebabnya, memiliki benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara, perempuan yang tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, memiliki miom uterus dan kanker payudara, mengalami gangguan toleransi glukosa (Syarifuddin 2015).

6) Intra uterine devices (IUD)



Gambar 2.9 IUD
Sumber : (Syarifuddin 2015)

Suatu alat kontrasepsi modern yang diletakkan dalam cavum uteri sebagai usaha kontrasepsi, menghalangi fertilisasi dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus. Mekanisme kerja IUD : Menghambat implantasi blastokist dalam endometrium (Hartanto 2015).

Keuntungan : efektifitasnya tinggi, tidak ada efek samping hormonal, dapat dipasang segera setelah partus, dapat digunakan hingga menopause, dapat dilepas kapanpun, tidak memiliki efek pengaruh sistemik, tidak

ada interaksi dengan obat – obat, tidak mempengaruhi ASI, tidak mempengaruhi hubungan seksual (Syarifuddin 2015).

Kerugian : Tidak dapat mencegah PMS, HIV / AID

Kontraindikasi : hamil atau diduga hamil, penyakit radang panggul aktif atau rekuren.

7) Kontrasepsi mantap MOW/MOP

Tubektomi (Metode Operasi Wanita / MOW) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tubafalupii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Syarifuddin 2015).

Vasektomi (Metode Operasi Pria/MOP) adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengoklusi vas deferensia sehingga alurt ransportasi sperma terambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Syarifuddin 2015).

Keuntungan Kontrasepsi MOW

1. Efektivitasnya tinggi 99,5% (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
2. Tidak mempengaruhi proses menyusui
3. Tidak bergantung pada faktor sanggama

4. Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius.
5. Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
6. Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
7. Non Kontrasepsi
8. Berkurangnya risiko kanker ovarium

Keuntungan Kontrasepsi MOP:

1. Efektivitas tinggi 99,6-99,8%
2. Sangat aman, tidak ditemukan efek samping jangka panjang
3. Morbiditas dan mortalitas jarang
4. Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
5. Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi

Keterbatasan Kontrasepsi MOW:

1. Harus dipertimbangkan sifat permanen kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi)
2. Dilakukan oleh dokter yang terlatih

Keterbatasan Kontrasepsi MOP

Tidak efektif segera, WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur (kurang lebih 20 kali ejakulasi) Teknik tanpa pisau merupakan pilihan

mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi (Syaifuddin 2015)

K. Pelayanan KB Pada saat Pandemi *Covid-19*

Listyawardani,(2020) dalam seminar IDM yang diadakan pada 5 mei 2020 silam memaparkan pelayanan KB tetap bisa dilakukan ketikaera pandemic dengan memperhatikan ketentuan dan kebiakan yang telah di canangkan pemerintah sebagai berikut :

2. Pada saat pelayanan dokter/bidan memakai PD dan masker
3. Pelayanan MOW dan MOP dapat ditunad (sementara dapat menggunakan metode kontrasepsi yang lain)
4. Pada saat pelayanan enerapkan *psycal distancing* termasuk pada saat penyerahan pil atau kondom kepada klien
5. Klien harus menggunakan masker
6. Klien harus membuat perjanjian sebelum mendatangi tempat praktik bidan atau dokter
7. Jika melalukan tindakan penyuntikan KB, sebaiknya klien tengkurap dan menghadap arah berlawanan dengan bidan atau dokter.

2.2. Konsep Asuhan Kebidanan

2.2.1. Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

1. Pengkajian Data

a. Data Subyektif

1) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Gultom and Huttabarat 2020).

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 (Gultom and Huttabarat 2020).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Gultom and Huttabarat 2020).

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 (Gultom and Huttabarat 2020).

5) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Gultom and Huttabarat 2020)

2) Keluhan utama

Menurut Varney dan Gegor (2010), keluhan ringan ringan pada kehamilan adalah edema dependen, nokturia, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, kram tungkai, nyeri punggung bawah. Pada ibu hamil trimester III, keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu:

a) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang (Asrinah 2017).

b) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena

dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior (Asrinah 2017).

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian resentasi juga dapat menyebabkan kontipasi (Hatini 2019).

d) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Hatini 2019).

e) Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar (Hatini 2019).

f) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Hatini 2019).

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar (Hatini 2019).

3) Riwayat Kebidanan

f. Menstruasi

Riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus (TP). Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu. Metode ini mengasumsikan bahwa:

1. Ibu memiliki menstruasi dan jarak antar menstruasi yang teratur (Handayani and Mulyati 2017a).
2. Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini dianggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur

(Handayani and Mulyati 2017a).

3. Periode perdarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perdarahan.

Menurut Marmi (2011), gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $h+14$ $b-3$ $th+1$. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan. dan tentang haid meliputi menarche, banyaknya darah, haid teratur atau tidak, siklusnya, lamanya haid, sifat darah (cair atau beku, beku, warnanya, baunya) serta nyeri haid atau tidak dan kapan haid terakhirnya (Handayani and Mulyati 2017a).

4) Riwayat Obstetri

- a. Riwayat kehamilan yang lalu

Adakah gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat (sering), toxasemia gravidarum (Magasari et al. 2015).

b. Riwayat persalinan yang lalu

Spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan ditolong oleh siapa (bidan atau dokter) (Magasari et al. 2015).

c. Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi (Hatini 2018).

5) Kehamilan sekarang

Menurut Nurjasmii (2020) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 6 kali selama kehamilan yaitu; dua kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, tiga kali pada triwulan ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 14T yaitu: timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

6) Keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD

terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Magasari et al. 2015).

7) Riwayat kesehatan

a) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, anemia dan penyakit menular seksual (Handayani and Mulyati 2017a).

b) Penyakit yang pernah dialami (Sekarang)

a. Diabetes melitus-tergantungan insulin (IDDM)

Faktor resiko utama diabetes maternal ini adalah berat badan berlebih, peningkatan berat badan, dan kurangnya aktifitas fisik. Klasifikasi diabetes pada wanita hamil dilakukan menurut kapan ia didiagnosis terkena diabetes.

Apabila diabetes terjadi sebelum masa hamil, maka

klasifikasinya adalah diabetes pra-kehamilan; jika ia didiagnosis pertama kali selama masa hamil, maka ia diklasifikasikan sebagai diabetes kehamilan. Diabetes pra-kehamilan, seperti halnya semua diabetes bukan kehamilan, digolongkan pada diabetes tipe I atau tipe II.

Diabetes tipe I merupakan diabetes melitus tergantung insulin (Insulin Dependent Diabetes Melitus, IDDM), yang biasanya muncul sebelum masa remaja sehingga biasanya didiagnosis sebelum kehamilan (Hatini 2019).

b. Hipertensi esensial

Hipertensi yang banyak dijumpai adalah hipertensi esensial jinak dengan tekanan darah antara 140/90 mmHg dan 160/100 mmHg. Terdapat kemungkinan bahwa kehamilan yang disertai hipertensi esensial sewaktu-waktu dapat menjadi pre-eklamsi tidak murni yang disertai gejala protein urine serta odema (Handayani and Mulyati 2017a).

c. Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah. Anemia dalam kehamilan disebut “potensial danger to mother and child” (potensial membahayakan ibu dan anak), oleh sebab itu anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang

terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan (Hatini 2018).

d. Infeksi Ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Handayani and Mulyati 2017a)

e. Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini pada saat kehamilan tidak menembus plasenta tetapi menimbulkan gangguan pada plasenta dengan akibat abortus dan missed abortion atau prematuritas sampai lahir mati (Hatini 2018).

g. Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus, dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama yaitu mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat (Hatini 2018).

h. Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin (Hatini 2018).

i. Asma

Pengaruh asma pada ibu dan janin akan sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen (O_2) atau hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan prematur atau berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin) (Handayani and Mulyati 2017a)

j. HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertikal virus AIDS dari ibu kepada janinnya terjadi melalui plasenta. Pengobatan infeksi HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilan (Handayani and Mulyati 2017a).

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Handayani and Mulyati

2017a).

8) Pola kebiasaan sehari-hari

a. Nutrisi

Nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan:

8. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Magasari et al. 2015).

9. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan oedema (Magasari et al. 2015).

10. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan

janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu (Hatini 2018).

11. Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung FeSO_4 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 μg , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi

(Hatini 2018).

12. Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Hatini 2018).

9) Eliminasi

a. Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Hatini 2018).

b. Buang Air Besar (BAB)

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

juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Hatini 2018).

10. Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Hatini 2018)

11. Aktivitas

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien dirumah (Romauli, 2011). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Handayani and Mulyati 2017a)

12. Personal Hygiene

Personal hygiene sangat diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

- a. Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan badan.

Penggunaan Bra yang dapat menopang payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara. Sepatu atau sandal hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah (Hatini 2018).

b. Perawatan gigi, hamil sering terjadi karier yang berkaitan dengan emesis, hyperemesis gravidarum, hypersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar gigi. Pemeriksaan gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi penyebab infeksi (Magasari et al. 2015).

c. Pemeliharaan payudara

Mempersiapkan payudara untuk proses laktasi dapat dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu menggunakan perasat *Hoffman* (Magasari et al. 2015).

d. Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, memakai celana yang selalu bersih, jangan berendam dan lain-lain (Hatini 2018).

13. Riwayat seksual

Pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan (Magasari et al. 2015).

14. Riwayat ketergantungan

1. Merokok

Wanita yang merokok selama masa hamil juga meresikokan janinnya mengalami penurunan perfusi uteroplasenta dan penurunan oksigenasi. Bayi yang lahir dari wanita yang merokok lebih dari ½ pak per hari cenderung lebih kurus daripada bayi yang lahir dari wanita bukan perokok. Selain itu, bayi yang lahir dari lingkungan rumah yang penghuninya merokok mengalami efek jangka panjang. Peningkatan insiden Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), penyakit meningokokus, pneumonia, asma, bronkitis, demam dan infeksi telinga (Magasari et al. 2015).

2. Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin (Fetal alcohol syndrome [FAS]), digunakan untuk

menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil (Hatini 2018).

3. Obat terlarang

4. Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalitas (Hatini 2018).

15. Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Hatini 2018).

16. Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan goreng-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan

pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Hatini 2018).

17. Psikososial dan spiritual ibu hamil trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Magasari et al. 2015).

a. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmetis (Magasari et al. 2015).

2) Tanda-tanda vital

a. Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, berisiko mengalami preeklampsia (Hatini 2018).

Pada umumnya normal. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklamsia ringan (Hatini 2018).

b. Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm).

Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dmp. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Magasari et al. 2015).

c. Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Hatini 2018).

d. Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Hatini 2018).

3) Antropometri

e. Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm. Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Magasari et al. 2015).

f. Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu.

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Hatini 2018).

Tabel 2.5
Penambahan Berat Badan Ibu Hamil

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

Sumber : (Hatini 2018)

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

Kenaikan berat badan $>0,57$ kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya preeklampsia (Hatini 2018).

b. Lingkar lengan atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Magasari et al. 2015).

4) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan

kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Magasari et al. 2015)

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan. Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Hatini 2018).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Hatini 2018).

d) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Hatini 2018)

e) Gigi

Adanya caries atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries

yang berkaitan dengan emesis atau hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber resiko (Hatini 2018).

f) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Hatini 2018).

g) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan. (Magasari et al. 2015).

h) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal. Jika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan terletak lebih rendah. Umbilikus menjadi kurang cekung sejalan dengan

perkembangan kehamilan dan cepat sedikit menonjol pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang berdiri, abdomen dapat tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong ke depan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (Bekas *Sectio Caesarea*) dapat mengindikasikan adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Magasari et al. 2015).

i) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Magasari et al. 2015)

Kondiloma akuminata berbentuk seperti kembang kubis (*cauliflower*) dengan ditengahnya jaringan ikat dan ditutup terutama bagian atas oleh epitel dengan

hiperkeratosis. Penyakit terdapat dalam bentuk kecil dan besar, sendirian atau suatu kelompok. Lokasinya di vulva, perineum, perineal, pada vagina dan serviks uteri. Selain itu, biasanya juga terdapat leukore. Kondiloma akuminta menandakan adanya penyakit gonore. Sedangkan kondiloma lata mempunyai ciri berbentuk bundar, pinggirnya basah dan ditutup oleh eksudat yang berwarna kelabu.

Adanya kondiloma lata ini mempunyai arti diagnostik adanya penyakit sifilis (Magasari et al. 2015). Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Hatini 2018).

j) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Hatini 2018).

k) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Magasari et al. 2015). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diteuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklampsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Hatini 2018)

5) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi abdomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus relaks, palpasi dilakukan dengan bantalan jari, bukan ujung jari yang lembut (Hatini 2018)

i. Leopold I

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- a. Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan

lipatan paha

- b. Periksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- c. Rahim dibawa ke tengah
- d. Tinggi fundus uteri ditentukan Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus
- e. Sifat kepala ialah keras, bendar dan melenting.

Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012), variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

2. Leopold II

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

- a. Kedua tangan pindah ke samping
- b. Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian- bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

- c. Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang

(Hatini 2018)

Variasi Budin : Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Magasari et al. 2015).

Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut (Magasari et al. 2015).

a) Leopold III

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

- a. Dipergunakan satu tangan saja
- b. Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- c. Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Hatini 2018).

b) Leopold IV

Menurut Hatini (2018) langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- a. Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
- b. Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi

bagian bawah

- c. Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- d. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Jadi, Leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul.

c) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.5
Perkiraan Tinggi Fundus Uterus

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

Sumber : (Hatini 2018)

d) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Menurut Hatini (2018) untuk mengukur TBJ dalam

gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \text{gram}$$

n: posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

Tabel 2.6
TBJ Normal pada Usia Kehamilan Trimester III

usia kehamilan (bulan)	Berat badan (gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : (Marmi 2014)

e) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Hatini 2018). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen). 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, DJJ normal.
- b. (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

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

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

2) Pemeriksaan panggul

Persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

a. Pemeriksaan panggul luar

1. *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-26$ cm).
2. *Distantia cristarum*, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm).
3. *Conjungata eksterna* (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm).
4. Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui

tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

b. Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, *os. sacrum* mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $> 90^\circ$ (Magasari et al. 2015).

3) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah

a. Haemoglobin

Pemeriksaan *Haemoglobin* darah ibu hamil dilakukan minimal 2 kali yaitu sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya, karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan (Handayani and Mulyati 2017a).

Menurut Manuaba (2010), hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: Hb ≥ 11 gr tidak anemia. Hb 9-10gr% anemia ringan. Hb 7-8gr% anemia sedang. Hb < 7 gr% anemia berat.

Periksa Hb pada kunjungan pertama dan pada kehamilan 28 minggu atau lebih sering jika ada tanda-tanda anemia. Hb dibawah 11 gr% pada kehamilan termasuk anemia, dibawah 8gr% adalah anemia berat (Hatini 2018).

b. Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus. ((Hatini 2018).

c. Pemeriksaan urin

Menurut Hatini (2018) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas.

Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

1. Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

2. Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit. Reduksi urine untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Reduksi urine diperiksa dengan cara urine ditetes fehling A dan B dengan perbandingan 1:2:2 kemudian dibakar. Kriteria hasilnya:

Hijau jernih/biru : negative

Hijau keruh : positif 1/+

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

Jingga/kuning keruh (2-3,5 %) : glukosa Merah

kekuningan, keruh/merah bata : 3,52 glukosa

3. Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan. Pemeriksaan urin dilakukan pada kunjungan pertama dan kunjungan trimester III. Urine diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasilnya:

(1)

T

idak ada kekeruhan : (-)

(2)

A

da kekeruhan ringan tanpa butir-butir : (+)

(3) K

ekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir :

(++)

(4) K

ekeruhan jelas dan berkeping-keping : (+++)

(5) S

angat keruh berkeping besar atau bergumpal:

(++++)

Dapat pula di ukur dengan cara dipstik yaitu dengan mencelupkan strip ke dalam urine segar (5 detik) sampai semua test area terendam dalam urine. Baca hasil test dengan cara membandingkan warna pada standart warna yang tersedia (Hatini 2018).

3. Diagnosa Kebidanan

Setelah ditentukan masalah dan masalah utamanya maka bidan merumuskannya dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosa. Hasil dari perumusan masalah merupakan keputusan yang ditegakkan oleh bidan yang disebut diagnosa kebidanan. Dalam menentukan diagnosa kebidanan, pengetahuan keprofesionalan bidan diperlukan (Handayani and Mulyati 2017a).

Kemenkes RI (2017), Menjelaskan diagnosa kebidanan

adalah Kondisi pasien/klien yang terkait dengan masalah, masalah utama dan penyebab utamanya (tingkat risiko), masalah potensial. Prognosa. Diagnosa : $G_{1/>1}P_{APIAH}$, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik

Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*), dan kecemasan menghadapi persalinan. (Magasari et al. 2015)

4. Perencanaan

a. Diagnosa kebidanan

$G_{1/>1}P_{APIAH}$, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik. (Handayani and Mulyati 2017a).

1) Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

2) Kriteria :

a) Keadaan umum baik.

b) Kesadaran composmentis.

c) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 /menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).

d) Pemeriksaan laboratorium

e) Hb \geq 11 gr , protein urine (-), reduksi urine (-).

f) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur

g) TFU sesuai dengan usia kehamilan.

h) Situs bujur dan presentasi kepala.

3) Intervensi :

a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan. R/Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

b) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

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

R/Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar (Magasari et al. 2015).

c) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat (Handayani and Mulyati 2017a).

d) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu. (Handayani and Mulyati 2017a)

e) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat (Magasari et al. 2015).

f) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu- waktu bila ada keluhan.

R/Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi (Magasari et al. 2015) .

b. Masalah 1 : 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 edema dependen.

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

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 pda vena dalam panggul.

d)Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

e)R/Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

f)Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melongarkan tekanan pada vena-vena panggul.

c. 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
b) 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*.

R/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 mengurangnya setelah makan sore, serta sebelum tidur buangair kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

d. 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 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, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.
R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

e. Masalah 4 : Hemoroid.

- 1) Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah.

- 2) Kriteria : a) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak.
b) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri.

3) Intervensi :

- b) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

- c) 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.

- b) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

- c) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- d) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

- e) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

f. 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 ketidakseimbangan rasio kalsium.

b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/Senam hamil mempercepat peredaran darah, suplai O_2 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.

g. Masalah 6 : Sesak nafas.

1) Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi.

2) Kriteria : a) Frekuensi pernapasan 16-24 x/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 bantal tinggi.

R/Menghindari penekanan diafragma.

b) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/Merelaksasi otot-otot.

c) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R/Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.

d) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

5. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif,

preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Handayani and Mulyati 2017a)

6. 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 2017 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.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

1. Pengkajian Data

1) Data Subyektif

1) 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. (Sulistiyawati,2010)

2) Riwayat pasien

Menurut Sulistiyawati, (2010) beberapa riwayat pasien yang perlu diperhatikan adalah :

4. Keluhan utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan

5. 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.

6. Menstruasi Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain :

a) Menarche Menarche adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Untuk wanita Indonesia pada usia sekitar 12-16 tahun.

b) Siklus Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, biasanya 23-32 hari.

c) Volume Data ini menjelaskan berapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan.

d) Keluhan Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika menstruasi misalnya sakit yang sangat, pusing sampai pingsan, atau jumlah darah yang banyak. Keluhan yang disampaikan pasien dapat menjuk kepada diagnosis tertentu.

4. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan KB yang lalu.

5. Riwayat kehamilan sekarang

6. Riwayat kesehatan

Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “warning” akan adanya penyulit saat persalinan (Hidayat 2018).

7. 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).

8. 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).

9. Pola minum

Pada masa persalina, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi (Hidayat 2018).

10. Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalian (Hidayat 2018).

11. Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya (Hidayat 2018).

12. Aktivitas seksual

Data yang kita perlukan berkaitan dengan aktivitas seksual adalah sebagai berikut:

1. Keluhan

2. Frekuensi

3. Kapan terakhir melakukan hubungan seksual

13. 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 Obyektif

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) (Romauli, 2011)

2. Tanda-tanda vital

a) 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 anestetik epidural 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).

b) 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 telentang. 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).

c) 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^o 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).

d) 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. (Saifuddin, 2010).

(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. (Romauli, 2011)

(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. (Saifuddin,2010).

Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan. (Manuaba, 2012).

- (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. (Wiknjosastro, 2012).

Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya. (Saifuddin, 2012).

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 and Mulyati 2017a).

(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. (Manuaba, 2012). 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 and Mulyati 2017a).

(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 and Mulyati 2017a).

(9) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf. (Marmi, 2012). 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 and Mulyati 2017a).

c. Pemeriksaan khusus

1. Palpasi Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan

kepala dan presentasi janin.

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).

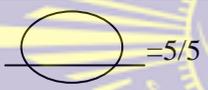
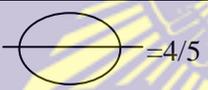
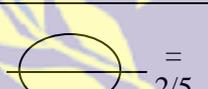
4. Penurunan bagian terbawah janin menurut Manuaba (2012) Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan).

- 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 merabab 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 2.7
Penurunan kepala janin
Penurunan kepala janin menurut system perlimaan

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

Sumber : (Marmi 2014)

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

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

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 Kala satu 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 kala dua 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 kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.
- d) Kala IV Persalinan kala empat 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 di perineum.

- 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 air ketuban. 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 periksa dalam.
- f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.

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. (Fraser dan Cooper, 2010).

b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg. (Romauli, 2011).

d. Diagnosa Kebidanan

1. $G_{\geq 1}P_{0>}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

a Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan.

b Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan

menghadapi proses persalinan.

cKala II dengan kemungkinan masalah:

- (1) Kekurangan cairan.
- (2) Infeksi.
- (3) Kram Tungkai.

2. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik.

3. $P_{\geq 1}$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Manuaba (2012):

- a Retensio plasenta.
- b Avulsi tali pusat.

4. $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Manuaba (2012):

- a Atonia uteri.
- b Robekan vagina, perineum atau serviks.
- c Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh.

e. Intervensi

1. $G_{\geq 1}P_{0>}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat Kriteria :

- 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 <13 jam sedangkan multigravida <7 jam.
- e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.
- f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
- g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.
- h) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- i) Perdarahan <500 cc.

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 (Manuaba, 2012).

g. Evaluasi

Bidan melaksanakan 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.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Nifas

(10) Pengkajian Data

a) Data Subyektif

(1) Biodata

a>Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Eny, 2010)

b Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia 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

c Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny, 2010).

d 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.

e Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk

mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya

(2) Keluhan utama

Menurut Pitriani, (2014) keluhan ringan ringan pada yaitu : pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum.

(3) Riwayat obstetri

a 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 (Ambarwati, 2010).

b 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 (Ambarwati, 2010).

(4) 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 (Ambarwati, 2010).

(5) Riwayat kesehatan

a. 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 (Ambarwati, 2010).

b. 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.(Ambarwati, 2010).

c. 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 (Ambarwati, 2010).

(6) Pola Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, makanan pantangan. (Ambarwati, 2010).

b 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. (Ambarwati, 2010).

c. Pola istirahat

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. (Ambarwati, 2010).

d. 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. (Ambarwati, 2010).

e. Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea.

(Ambarwati, 2010).

f. 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.

(7) 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 (Ambarwati, 2010).

(8) 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 (Ambarwati, 2010).

(9) 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 (Ambarwati, 2010).

(10) Data Pengetahuan

Untuk mengetahui seberapa jauh pengetahuan ibu tentang perawatan setelah melahirkan sehingga akan menguntungkan selama masa nifas (Ambarwati, 2010).

b) 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 :

(1) Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum

Ditunjukkan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang dialaminya (Ambarwati, 2010).

b. Kesadaran

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

c. Tanda-tanda vital

Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu berkaitan dengan kondisi yang di alaminya (Ambarwati, 2010).

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 (Ambarwati, 2010).

b) Nadi dan Pernafasan (Ambarwati, 2010).

(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 telah diberikan sebagai penyebab yang

mungkin, tetapi belum ada penelitian yang membuktikan bahwa hal itu adalah suatu kelainan.

(4) Pernafasan harus berada dalam rentang yang normal, yaitu sekitar 20-30x / menit.

d. 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 (Ambarwati, 2010).

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dari ujung rambut samapai ujung kaki (Ambarwati, 2010).

Menjelaskan pemeriksaan fisik (Pitriani and Andriyani 2016)

(1) Kepala

a. Rambut : Warna , kebersihan, mudah rontok atau tidak.

b. Telinga : Kebersihan, gangguan pendengaran.

c. Mata : Konjungtiva, sklera, kebersihan, kelainan, gangguan pengelihatan

d. Hidung : Kebersihan, ada polip atau tidak,

alergi debu atau tidak.

e. Mulut Bibir, warna, integritas jaringan (lembab, kering, atau pecah-pecah), gangguan mulut (bau mulut).

f. Lidah Warna, kebersihan.

g. Gigi Kebersihan, karies.

(2) Leher (Sulistiyawati, 2009) Pembesaran kelenjar limfe, parotitis.

(3) Dada (Ambarwati, 2010)

a. Keadaan buah dada dan puting susu

Simetris / tidak, konsistensi, ada pembengkakan / tidak, puting menonjol / tidak, lecet / tidak.

b. Keadaan Abdomen Uterus :

(1) Normal : Kokoh, berkontraksi baik, tidak berada di atas ketinggian fundal saat masa nifas segera

(2) Abnormal : Lembek, di atas ketinggian fundal saat masa post partum segera.

(3) Kandung kemih : bisa buang air / tak bisa buang air

(4) Keadaan Genetalia (Ambarwati, 2010).

a. Lochea

(1) Normal : Merah hitam (lochia 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 3-5 jam)

(2) Abnormal : Merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam)

- b. Keadaan perineum : oedema, hematoma, bekas luka episiotomi / robekan, hecing
- c. Keadaan anus : hemoroid/tidak
- d. Keadaan ekstremitas : Varices/tidak, odema/tidak, reflek ekstremitas (+/-)

c) Data Penunjang (Sulistyawati, 2009)

- a. Laboratorium : Kadar HB, Hmt (Haematokrit), kadar leukosit, golongan darah.

2) Diagnosa Kebidanan

Diagnosa dapat ditegakkan yang berkaitan dengan para, abortus, anak hidup, umur ibu, dan keadaan nifas (Ambarwati, 2010).

Data dasar meliputi :

- a) Data Subtektif

Pernyataan ibu tentang jumlah persalinan, apakah pernah abortus atau tidak, keterangan ibu tentang umur, keterangan

ibu tentang keluhannya.

b) 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 (Ambarwati, 2010).

(1). Nyeri

Masalah ini biasanya muncul atau dirasakan pasien selama hari-hari awal *post partum*.

Data dasar subjektif :

- a. Keluhan pasien tentang rasa nyeri.

Data dasar objektif :

- a. *Post partum* hari pertama sampai hari ketiga.
- b. Inspeksi : adanya luka jahitan parineum pada persalinan spontan.

(2). Infeksi Luka (jahitan atau operasi)

Data dasar subjektif :

- a. Luka semakin nyeri.
- b. Badan panas-dingin.

Data dasar objektif :

- a. *Vital sign* (adanya peningkatan suhu, frekuensi nadi, dan pernapasan).

b. Inspeksi : adanya tanda-tanda infeksi pada luka jahitan

- 1) Dolor : perubahan bentuk
- 2) Kalor : perubahan suhu (meningkat)
- 3) Rubor : perubahan warna kulit (memerah)
- 4) Functio Laesa : gangguan fungsi tubuh

(3) 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 and Andriyani 2016).

(4) Perawatan perineum

Penentuan adanya masalah ini pada pasien didasarkan pada belum mampunya pasien untuk melakukan perawatan perineumnya secara mandiri (Pitriani and Andriyani 2016).

3) 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 kondisi pasien atau dari setiap masalah yang

berkaitan, tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya. Penulhan konseling dari rujukan untuk masalah-masalah social, ekonomi atau masalah psikosocial, 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 (Sulistyawati, 2010).

1. Evaluasi secara terus-menerus
 - a. Waspada pendarahan *post partum* kerana atonia uteri dengan melakukan observasi melekat pada kontraksi uterus selama 4 jam pertama *post partum* dengan melakukan palpasi uterus.
 - b. Pengukuran *vital sign*.
 - c. Pengeluaran per vagina (waspada pendarahan).
 - d. Proses adaptasi psikologis pasien dan suami.
 - e. Kemajuan proses laktasi.
 - f. Masalah pada payudara.
 - g. *In take* cairan dan makanan.
 - h. Perkembangan keterikatan pasien dengan bayinya.
 - i. Kemampuan dan kemauan pasien untuk berperan dalam

perawatan bayinya (Sulistyawati, 2009)

2. Gangguan rasa nyeri

a. 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).

b. 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.

c. 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).

d. Nyeri pada kaki

- (1) Lakukan kompres air hangat dan garam.
- (2) Tidur posisi kaki lebih tinggi daripada badan.
- (3) Masase kaki menggunakan minyak kelapa.

e. Nyeri pada kepala (sakit kepala)

- (1) Berikan obat pereda rasa nyeri.
- (2) Kompres air hangat di tengkuk.
- (3) Masase pada punggung.

f. 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 (Sulistyawati, 2010).

3. Mengatasi infeksi

- a. Kaji penyebab infeksi.
- b. Berikan antibiotika.
- c. Berikan roborantia.
- d. Tingkatkan asupan gizi (diet tinggi kalori tinggi protein).
- e. Tingkatkan *in take* cairan.
- f. Usahakan istirahat yang cukup.
- g. Lakukan perawatan luka yang infeksi (jika penyebab infeksi karena adanya luka yang terbuka) (Sulistyawati, 2010).

4. Mengatasi cemas

a. Kaji penyebab cemas.

b. Libatkan keluarga dalam mengkaji penyebab cemas dan alternatif penanganannya.

c. Berikan dukungan mental dan spiritual kepada pasien dan keluarga.

d. Fasilitas kebutuhan pasien yang berkaitan dengan penyebab cemas :

- (1) Sebagai teman sekaligus pendengar yang baik.
- (2) Sebagai konselor.
- (3) 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. Higienis

- (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 sehari.

(7) Bersihkan payudara terutama puting susu sebelum menyusui bayi.

c. Perawatan perineum

(1) Ushakan 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 ke belakang.

(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 dengan suami.

- (3) Jelaskan masing-masing metode alat kontrasepsi.
- (4) Pastikan pilihan alat kontrasepsi yang paling sesuai untuk mereka.

4) 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. Manajemen 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 and Andriyani 2016).

1. Tindakan mandiri

a. Peantauan dalam 4 jam pertama *post partum* (vital sign, tanda-tanda perdarahan)

b. Perawatan ibu *post partum*.

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 (Sulistiyawati, 2009).

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.

c. Dengan ahli gizi

(1) Penanganan anemia berat.

(2) Upaya perbaikan status gizi pada ibu nifas dengan status gizi buruk.

(3) Penangan pada pasien yang mengalami kehilangan nafsu makan dalam jangka waktu yang lama

(4) Konsultasi penyusunan menu seimbang pada pasien vegetarian.

(5) Konsultasi penyusunan menu seimbang pada pasien dengan keadaan tertentu (penyakit jantung, DM, infeksi kronis)

5) 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.
- (Sulistyawati, 2010).

2. Efektifitas 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 (Sulistyawati, 2010).

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 (Sulistyawati, 2010).

2.2.4. Asuhan Kebidanan Pada Neonatus Bayi Balita

1. Pengkajian Data

a. Data subyektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Diperlukan alat pengenalan yang efektif yang harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatkannya sampai waktu bayi dipulangkan. (Saifuddin, 2012).

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi. (Manuaba, 2012).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik. Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012).

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi

terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (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 and Mulyati 2017b).

e) Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur,

dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium. 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

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. (Handayani and 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. (Marmi, 2012). 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 2.8
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- >10	150-200 ml	>120 kal

Sumber : (Handayani and Mulyati 2017b)

eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. (Marmi, 2012). 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 and Mulyati 2017b).

c) 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 and
Mulyati 2017b).

d) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam
setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi
selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan
sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi,
yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian
rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali
dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat
sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang
mencegah urine dan feses membasahi tali pust.
Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika
basah(Handayani and Mulyati 2017b).

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat
tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun
sebelum merawat tali pusat(Handayani and Mulyati
2017b).

e) 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. (Saifudin, 2012)

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 and Mulyati 2017b).

g) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Handayani and Mulyati 2017b). 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)

b. Data Obyektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C}$. Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan. (Setyowati 2011).

b) Tanda-tanda vital

a) 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 $36^{\circ}\text{C}-32^{\circ}\text{C}$, 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 and Mulyati 2017b).

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang $36-36,5^{\circ}\text{C}$ (Handayani and Mulyati 2017b).

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu 36,5°C-37,5°C) (Handayani and Mulyati 2017b).

Suhu aksila 36,5°C-37°C sedangkan suhu kulit 36°C-36,5°C (Setyowati 2011).

b) Pernafasan

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 and Mulyati 2017b). Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit. (Setyowati 2011).

Pola pernapasan bervariasi sesuai awitan pernapasan. Pernapasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernapasan pada bayi baru lahir dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai 60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Handayani and Mulyati 2017b). Frekuensi normal pernafasan bayi adalah 30-60x/menit (Setyowati 2011).

c) 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 and Mulyati 2017b). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Setyowati 2011).

c) 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 and Mulyati 2017b).

Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan.

Tabel 2.9
Kenaikan dan Penurunan BB Bayi Baru Lahir

Umur	Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari).
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan Pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap hari dengan alat	
Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram.

Sumber : (Handayani and Mulyati

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 and Mulyati 2017b).

c) Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2005:119) meliputi:

- | | |
|---|--------------|
| (1) Dimeter suboksipito-bregmatikus | : 9,5-10 cm |
| (2) Diameter oksipito-frontalis | : 11-12 cm |
| (3) Diameter oksipito metalis | : 13,5-15 cm |
| (4) Diameter submento-bregmatika | : 9,5-10 cm |
| (5) Diameter biparietalis | : 9,5-10 cm |
| (6) Diameter bitemporalis | : 8-10 cm |
| (7) Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus | : 33-34 cm |
| (8) Sirkumferensia submento-bregmatikus | : 32-33 cm |
| (9) Sirkumferensia oksipito frontalis | : 33-35 cm |
| (10) Sirkumferensia mento-oksipitalis | : 34-35,5 cm |

d) Lingkar dada : 33-38 cm

e) Lingkar lengan : \pm 11 cm

f) Pemeriksaan Fisik (1)Kepala

Sutura masih teraba terbuka (Indrayani, 201). Kedua fontanel dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak meregang, adanya *caput suksedaneum* sebagai temuan umum, adanya *sefalohematoma*.

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. (Marmi, 2012 : 56).

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 (Marmi, 2012:221-223).

(2) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleks merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brushfield, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Handayani and Mulyati 2017b).

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. (Marmi, 2012).

(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 and Mulyati 2017b).

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Handayani and Mulyati 2017b).

Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush*. (Marmi, 2012).

(5) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak. Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Handayani and Mulyati 2017b).

(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. (Marmi, 2012).

(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. (Marmi, 2012). Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Handayani and Mulyati 2017b).

(8) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Handayani and Mulyati 2017b).

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 and Mulyati 2017b).

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis (Handayani and Mulyati 2017b).

Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah. (Marmi, 2012).

(9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis. (Saifuddin, 2010).

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji

adanya pembengkakan. (Marmi, 2012).

(10) Genetalia

(a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia. (Marmi, 2012).

(b) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina. (Marmi, 2012).

(11) Anus

Anus berlubang. (Saifuddin, 2010). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. (Marmi, 2012).

(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 setiap jari. 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 and Mulyati 2017b).

Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012).

g) 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. (Indrayani, 2013).

(2) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya. (Indrayani, 2013).

(3) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Indrayani, 2013)..

(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.

(Indrayani, 2013).

(5) Refleksi menoleh(*tonikneck reflex*)

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. (Indrayani, 2013).

(6) Refleksi terkejut (*morro reflex*)

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. (Indrayani, 2013).

(7) Refleksi menggenggam(*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat(Indrayani, 2013).

(8) Refleksi babinsky

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Indrayani, 2013).

(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 refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Indrayani, 2013).

(10) Refleks ekstruksi

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* (Indrayani, 2013).

(11) Refleks melangkah (*stepping reflex*)

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 refleks menetap melebihi 4–8 minggu merupakan keadaan abnormal (Indrayani, 2013).

(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.

(Indrayani, 2013).

b) 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*. (Marmi, 2012:207-229).

c) Perencanaan

Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik

a) Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

b) Kriteria : 1) Keadaan umum baik

TTV normal menurut Indrayani (2013:328-329) adalah:

S : 36,5-37,5 °C

N : 120-160 x/menit RR : 40-60 x/menit

a) Bayi menyusu kuat

b) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah:

c) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Indrayani, 2013).

d) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- e) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

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. (Indrayani, 2013).

- f) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi. (Indrayani, 2013).

- g) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36^5 - 37^5 °C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi. (Indrayani, 2013:329).

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

a. Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Indrayani, (2013).

- (1) Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL
- (2) 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 rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

d) 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.

2.2.5. Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB

1. Pengkajian Data

A. Data Subyektif

1) Biodata

a. 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, 2006: U-9).

b. Pendidikan Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB, atau AKBK (alat

susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2010: 592).

2) Keluhan utama/Alasan pemakaian : Keluhan utama pada ibu paska salin menurut Saifuddin (2006: U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2010: MK-43-51).

4) 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).

5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR (Saifuddin, 2010: MK-63). Pada ibu paska keguguran

ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi (Saifuddin, 2010: U-53). Apabila pada persalinan terjadi perdarahan banyak hingga $Hb < 7$ gr maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi (Saifuddin, 2010: U-53).

6) 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).

7) Pola Kebiasaan Sehari-hari

1. Nutrisi

KB Hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya (Hartanto, 2015: 171)

2. Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015).

3. Istirahat/Tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan

tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala (Saifuddin, 2010).

4. Aktivitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktivitas karena mudah atau sering pusing dan cepat lelah serta depresi (Wiknjosastro, 2010).

5. Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

6. Riwayat ketergantungan

Ibu yang menggunakan obat tuberculosi (rimfapisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

B. 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 :

1) Pemeriksaan Umum

a. Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan

untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2010). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser dan Cooper, 2009)

2) Pemeriksaan Antropometri

Untuk pemakaian KB hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg (Saifuddin, 2010: MK-48). Wanita dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ merupakan batas maksimal dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2010).

3) Pemeriksaan Fisik

1. 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)

2. Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010). Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebra pucat mengalami anemia yang memungkinkan terjadinya perdarahan hebat (Saifuddin, 2010).

3. Payudara

pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe (Saifuddin, 2010). 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).

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).

4. 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 (Saifuddin, 2010). 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).

5. Ekstermitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010).

4) 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.

5) Perencanaan

a 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

1) Tujuan :ibu menjadi peserta KB

2) Kriteria :

a) ibu memilih alat kontrasepsi

b) ibu memakai metode sesuai dengan pilihanya

3) Intervensi menurut saifuddin (2010: U-3,U-4):

a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Rasional: Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

b)

T

anyakan 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.

c)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.

d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

Rasional: klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

e)Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

Rasional: Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

f)Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan

kontrasepsi pilihanya.

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.

g) 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.

h) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

Rasional: Pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

i) 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..

a. Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*.

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

b. Masalah 2: Perdarahan bercak/spotting

Tujuan: Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria :Keluhan ibu terhadap masalah bercak/spotting berkurang

Intervensi menurut (Affandi, 2014) adalah:

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting
- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

c. Masalah 3: Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan: Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Affandi (2014):

- 1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik R/Tanda dari kehamilan

ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

- 2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan) R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.
- 3) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

d. Masalah 4 Pusing

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya

Kriteria :Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal.

Intervensi menurut (Saifuddin,2010)

- 1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ Membantu menegakkan suatu diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan

- 2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

- 3) Teknik disktribusi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

e. Masalah 5 :kenaikan berat badan

Tujuan : berat badan normal

Kriteria:BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut (Dyah dkk, 2011) antara lain:

- 1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya.

- 2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

- 3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi.

- 4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika

ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

C. 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 (Kepmenkes RI, 2011), dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio- psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (Inform consent).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/pasien.
5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

C. 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. Menurut Kepmenkes RI (2011), 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