

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua (minggu ke 13 hingga minggu ke 27) dan trimester 3 (minggu ke-28 hingga ke-40). (Prawirohardjo, 2008:74).

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

B. Proses Kehamilan

1. Fertilisasi

Yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu:

a) Tahap penembusan korona radiata

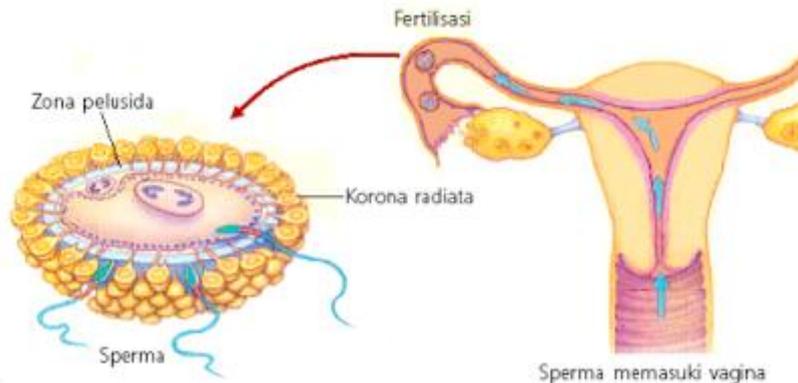
Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi.

b) Penembusan zona pellusida

Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.

c) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki - laki). (Marjati, 2010:34)



Gambar 2.1
 Proses fertilisasi pada kehamilan
 Sumber: <http://www.informasi-pendidikan.com/2015/09/fertilisasi-dan-perkembangan-embrio.html>.

2. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel disebut Morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di dalam. Lama kelamaan akan menyatu disebut blastokista. (Putranti, 2018:34)

3. Nidasi / implantasi

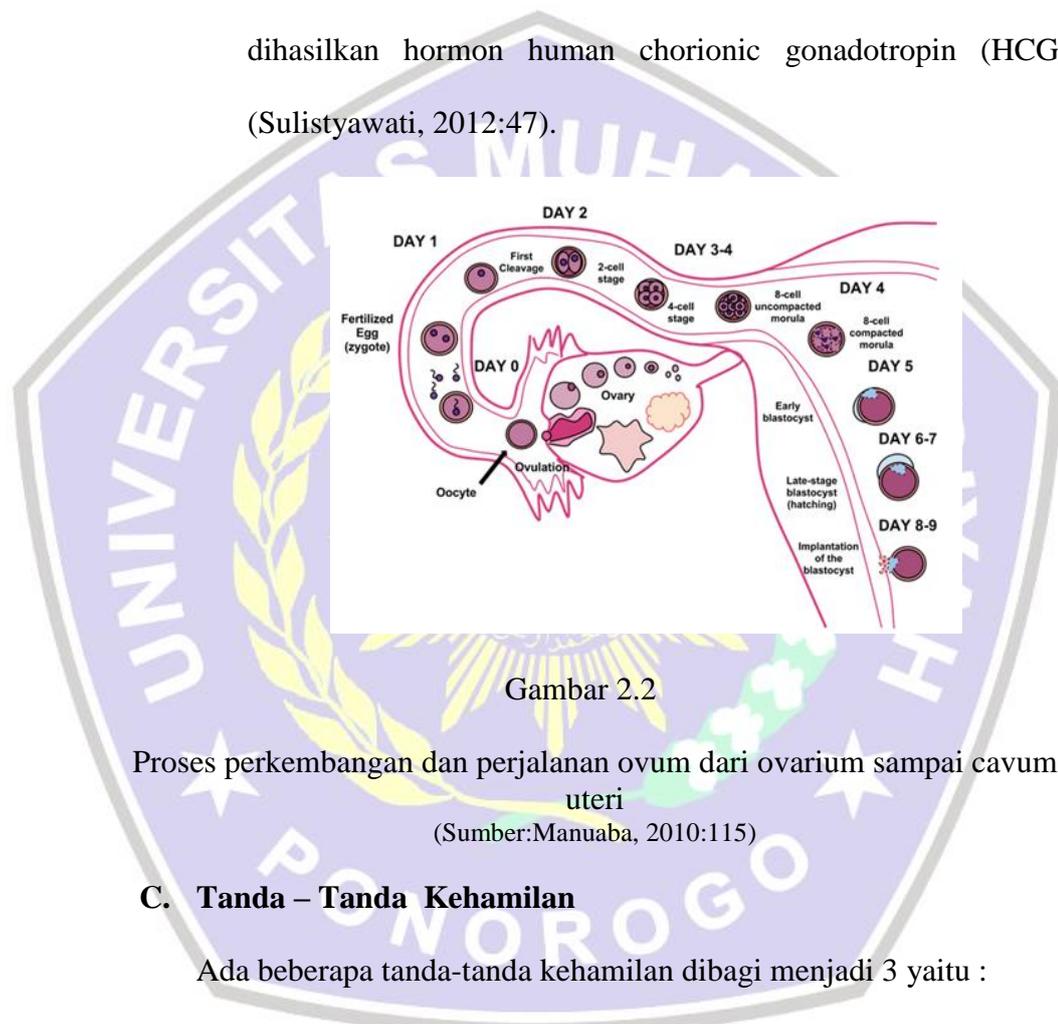
Yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian

anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok – kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan. (Marjati, 2010:37)

Blastulla dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner cell mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut dengan tanda Hartman. Umumnya nidasi terjadi pada dinding atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uterus (Sulistyawati, 2012:37).

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastulla. Sel-sel lebih kecil terletak dekat ruang exocoeloma membentuk entoderm dan yolk sac, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi endoterm dan membentuk ruang amnion. Terbentuklah suatu lempeng embrional diantara amnion dan yolk sac. Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh sekitar mudigah akan melapisi bagian dalam trofoblast, sehingga terbentuklah sekat korionik yang kelak menjadi korion. Sel-sel trofoblast tumbuh menjadi dua lapisan, yaitu *sititrofoblast* (sebelah dalam) dan *sinsiotrofoblast* (bagian luar) (Sulistyawati, 2012:46).

Villi korialis ‘yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut sebagai korion frondosum, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis (korion leave) kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang. Dalam peringatan nidasi trofoblast dihasilkan hormon human chorionic gonadotropin (HCG) (Sulistyawati, 2012:47).



Gambar 2.2

Proses perkembangan dan perjalanan ovum dari ovarium sampai cavum uteri

(Sumber:Manuaba, 2010:115)

C. Tanda – Tanda Kehamilan

Ada beberapa tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Tanda tidak pasti hamil

a) Amenorea

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat

dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan. (Megasari, 2014:25)

b) Mual dan muntah

Pengaruh estrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness*. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hiperemisis gravidarum*. (Megasari, 2014:25)

c) Mengidam

Sering meminta makan maupun minuman tertentu terutama pada bulan – bulan triwulan pertama. (Putranti, 2018:36)

d) Syncope (Pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu. (Megasari, 2014:26)

e) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan system duktus pada payudara. Sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan system alveolar payudara. Bersama somatomamotropin, hormone-hormon ini menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran putting susu, serta pengeluaran kolostrum.

f) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltik usus (otot usus menurun). Sehingga kesulitan untuk BAB (Megasari, 2014:26)

g) Pigmentasi pada kulit

Pengaruh hormon kartikosteroid plasenta chloasma gravidarum aerola mammae yang melebar dan menghitam, leher ada hiperpigmentasi dan dinding perut (linea/gricea). (Putranti, 2018:34)

h) Varises atau penampakan darah vena

Pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises terjadi disekitar genetalia ekterna, kaki dan betis serta payudara. Penampakan

pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.
(Megasari, 2014:27)

2. Tanda mungkin hamil

a) Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan pembesaran perut menjadi nyata setelah minggu ke 16, karena pada saat itu *uterus* telah keluar dari rongga *pelvis* dan menjadi organ rongga perut. (Kusmiati, 2013:14)

b) Tanda Piskacek

Tempat kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak disebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris. (Putranti, 2018:39)

c) Tanda *Hegar*

Kosistensi Rahim dalam kehamilan juga berubah menjadi lunak. Terutama daerah isthmus uteri. Sehingga jika kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut diatas simpfisis, maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah uteri sama sekali terpisah dari cerviks. (Megasari, 2014:28)

d) Tanda *Chadwick*

Dinding vagina mengalami kongesti, warna kebiru – biruan. (Kusmiati, 2013:16)

e) Tanda Goodell's

Diketahui melalui pemeriksaan bimanual, serviks terasa lebih lunak. Penggunaan kontrasepsi oral juga dapat diberikan dampak ini (Kusmiati, 2013:16)

f) Braxton Hicks

Kontraksi-kontraksi kecil sejak kehamilan 6/8 minggu dan tidak menyakitkan.(Megasari, 2014:36)

g) Teraba Ballotment

Pada kehamilan 20 minggu secara abdominal dengan satu ketukan tiba-tiba pada uterus menyebabkan janin tenggelam dalam cairan amnion dan kembali membentur secara perlahan terhadap jari pemeriksaan. Ballotment terjadi karena perbandingan ukuran janin yang masih kecil dengan volume air ketuban yang banyak. (Megasari, 2014:37)

h) Reaksi kehamilan positif (planotest)

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya human chorionic gonadotropin (hcg) yang diproduksi oleh sinsiotrofoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini dapat mulai diseteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130. (Megasari, 2014:37)

3. Tanda pasti hamil

Menurut (Kumalasari, 2015:19) tanda pasti kehamilan diantaranya :

a) Denyut jantung janin (DJJ)

Dapat didengar dengan stetoskop laennec pada usia 17 – 18. Pada orang gemuk lebih lambat. Dengan *stetoskop ultrasonic (Doppler)*, denyut jantung janin dapat didengarkan lebih awal lagi sekitar minggu ke 12. *Auskultasi* pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi – bunyi yang lain seperti bising tali pusat, bising uterus, dan nadi ibu.

b) Palpasi

Hal yang harus ditentukan adalah outline janin. Biasanya menjadi jelas setelah minggu ke 22, gerak janin dapat dirasakan dengan jelas minggu ke 24 (Manuaba dkk, 2010:94)

D. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Uraian mengenai pertumbuhan dan perkembangan janin

1. Perkembangan embrio

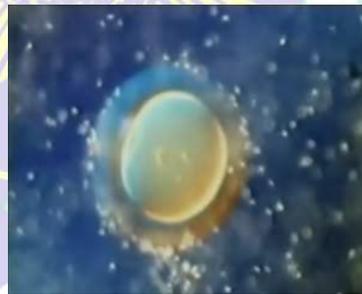
Fase Embrionik adalah fase pertumbuhan, dan perkembangan makhluk hidup selama masa embrio yang diawali dengan peristiwa *fertilisasi* sampai terbentuknya janin. Fase fertilisasi adalah pertemuan antara sel sperma dengan sel

ovum dan akan menghasilkan *zygote*. *Zygot* akan melakukan pembelahan sel (*cleavage*). Melalui serangkaian tahapan, massa sel yang membelah disebut *morula*. Setelah *morula* mengalami pembelahan secara terus menerus maka akan menjadi *blastula*. Di dalam *blastula* terdapat cairan yang disebut *blastosol*. Bentuk lanjutan dari *blastula* yang pelekukan tubuhnya sudah semakin nyata dan mempunyai lapisan dinding tubuh embrio serta rongga tubuh (Marmi, 2011:75)

2. Perkembangan janin

a) Bulan ke-0

Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11



Gambar 2.3
Zigot

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

b) Minggu ke-4/Bulan ke-1

Bagian tubuh embrio yang pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak, dan saraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan juga sudah terbentuk



Gambar 2.4
Janin 4 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

c) Minggu ke-8/Bulan ke-2

Panjang janin 250 mm, jantung mulai memompa darah, raut muka dan bagian utama otak dapat terlihat. Terbentuk telinga, tulang dan otot di bawah kulit yang tipis



Gambar 2.5
Janin 8 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

d) Minggu ke-12/Bulan ke-3

Panjang janin 7-9 cm. Tinggi rahim di atas simpisis (tulang kemaluan). Embrio menjadi janin. Denyut jantung terlihat pada USG, mulai ada gerakan. Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal mulai memproduksi urin



Janin pada 12 minggu

Gambar 2.6

Janin 12 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

e) Minggu ke 16/Bulan ke-4

Panjang janin 10-17 cm. Berat janin 100 gram. Tinggi rahim setengah atas simpisis-pubis. Sistem muskuloskeletal sudah matang, sistem saraf mulai melakukan kontrol. Pembuluh darah berkembang cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang aktif. Pankreas memproduksi insulin. Kelamin luar sudah bisa ditentukan jenisnya.

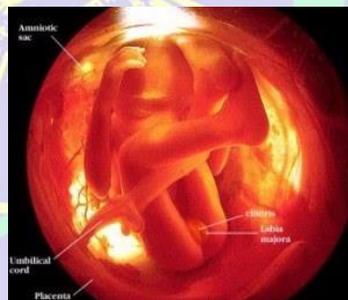


Gambar 2.7
Janin 16 minggu

Sumber :<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

f) Minggu ke-20/bulan ke-5

Panjang janin 18-27 cm. Berat janin 300 gram. Tinggi rahim setinggi pusat, verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh dan menjaga minyak pada kulit. Terbentuk alis, bulu mata, dan rambut. Janin membuat jadwal teratur tidur, menelan, dan menendang



Gambar 2.8
Janin 20 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

g) Minggu ke-24/Bulan ke-6

Panjang janin 28-34 cm. Berat janin 600 gram. Tinggi rahim di atas pusat. Kerangka berkembang cepat. Berkembangnya sistem pernafasan



Janin pada 24 minggu

Gambar 2.9

Janin usia 24 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

h) Minggu ke-28/Bulan ke-7

Panjang janin 35-38 cm. Berat janin 1000 gram. Tinggi rahim antara pertengahan pusat-prosessus xifodeus. Janin bisa bernafas, menelan dan mengatur suhu. Terbentuk surfaktan dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Bentuk janin dua per tiga saat lahir



Gambar 2.10

Janin usia 28 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

i) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Panjang janin 42,5 cm. Berat janin 1700 gram. Tinggi rahim dua per tiga di atas pusat. Simpanan lemak

berkembang di bawah kulit. Janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Kulit merah dan gerak aktif



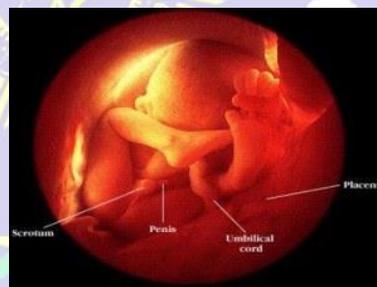
Gambar 2.11

Janin usia 32 minggu

Sumber : <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

j) Minggu ke-36/Bulan ke-9

Panjang janin 46 cm. Berat janin 2500 gram. Tinggi rahim setinggi prosessus xifoideus. Kulit penuh lemak, organ sudah sempurna



Gambar 2.12

Janin usia 36 minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>

k) Minggu ke-40/Bulan ke-10

Panjang janin 50 cm. Berat janin 3000 gram. Tinggi rahim dua jari di bawah prosessus xifodeus. Kepala janin masuk PAP (Pintu Atas Panggul), kuku panjang, testis telah

turun untuk laki-laki, untuk perempuan labia mayora menutupi labia minora. Kulit halus hampir tidak ada lanugo



Gambar 2.13

Janin usia 40 minggu

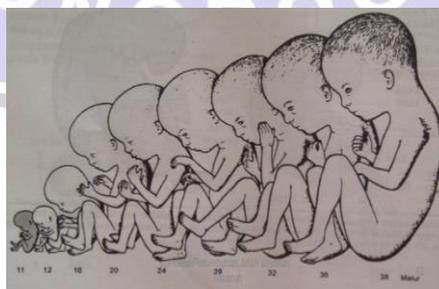
Sumber :<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>



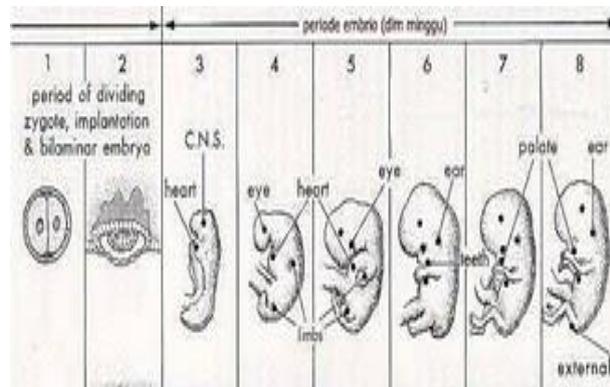
Tabel 2.1
Perkembangan fungsi organ janin

Usia Gestasi	Organ
6	Pembentukan Hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin; kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk meconium (feases) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai reflex.
25-28	Saat ini disebut permulaan trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah regular, suhu relative stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal

Sumber : (Saifuddin, 2011:157-159).



Gambar 2.14
Perkembangan janin usia 11 minggu sampai 28 minggu
Sumber : (Saiufudin. 2011:158)



Gambar 2.15
Perkembangan janin usia 1-8 minggu
Sumber : (Varney et al, 2008)

E. Perubahan Fisiologi Kehamilan

Perubahan fisiologis dibagi menjadi perubahan yang dapat dilihat dan perubahan tidak dapat dilihat.

1. Perubahan yang dapat dilihat

- a) Perubahan pada kulit. Terjadi hiperpigmentasi yaitu kelebihan pigmen ditempat tertentu. Pada wajah antara lain pipi dan hidung mengalami hiperpigmentasi sehingga menyerupai topeng (topeng kehamilan atau kloasma gravidarum). Pada aerola mammae dan puting susu, daerah yang berwarna hitam disekitar puting susu akan menghitam. Sekitar aerola yang biasanya tidak berwarna akan berwarna hitam. Hal ini disebut aerola mammae sekunder. Puting susu akan menghitam dan membesar sehingga lebih menonjol. Pada aerola suprapubis, terdapat garis hitam yang memanjang dari atas simfisis sampai pusat. Warnanya lebih hitam dibandingkan sebelumnya,

muncul garis baru yang memanjang di tengah atas pusat (linea nigra). Pada perut selain hiperpigmentasi, terjadi stria gravidarum yang merupakan garis pada kulit. Terdapat dua jenis stria gravidarum yaitu stria livida (garis yang berwarna biru) dan stria albican (garis berwarna putih). Hal ini terjadi karena pengaruh *melanophore stimulating hormone* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. (Saminem, 2008:65)

b) Perubahan payudara

Perubahan ini pasti terjadi pada wanita hamil karena dengan semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok bayi setelah lahir, perubahan yang terlihat pada payudara adalah :

- a. Payudara membesar, tegang, aktif
- b. Vena dibawah kulit payudara membesar dan terlihat jelas
- c. Hiperpigmentasi pada aerola mammae dan puting susu serta muncul aerola mammae sekunder
- d. Kelenjar Montgomery yang terletak didalam aerola mammae membesar dan kelihatan dari luar. Kelenjar Montgomery mengeluarkan lebih banyak cairan agar

putin susu selalu lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembangbiak bakteri.

- e. Payudara ibu akan mengeluarkan cairan apabila dipijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu warna cairan agak putih seperti cairan susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir cairan yang dikeluarkan lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut cairan kolustrum. (Saminem, 2008:66)

c) Perubahan Vagina dan perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan heperemia terlihat jelas pada kulit dan otot – otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick.

Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel – sel otot polos. (Saminem, 2008:66)

2. Perubahan yang tidak dapat dilihat

a) Perubahan pada alat pencernaan

Pada bulan – bulan pertama kehamilan terdapat eneg (*nausea*). Mungkin ini hormon estrogen yang meningkat.

Tonus otot – otot traktus disgetifuis menurun sehingga motilitas seluru traktus digestifus juga berkurang. (Putranti, 2018:54)

b) Perubahan pada serviks

Setelah konsepsi serviks akan mejadi lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hyperplasia pada kelenjar – kelenjar serviks. (Prawirohardjo, 2008:110)

c) Perubahan pada peredaran dan pembuluh darah

1) Perubahan pada darah, volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi pengenceran darah (hemodelusi).Masa puncak terjadi pada umur kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah)bertambah 25-30%sedangkan sel darah bertambah 20%. Curah jantung akan bertambah 30%. Bertambahnya hemodelusi darah mulai tampak pada umur kehamilan 16 minggu. Oleh karena itu, ibu hamil mengidap penyakit jantung harus berhati-hati.Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim.Namun, penambahan sel darah tidak seimbang dengan

peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai dengan anemia fisiologi.

- 2) Perubahan pada jantung, selama hamil jantung memompa dua orang yaitu ibu dan janin tetapi kepekatan darah berkurang dan pembuluh darah membesar. Oleh karena itu, kerja jantung bertambah berat. Perubahan tekanan darah. Biasanya tekanan darah tidak tinggi meskipun volume darah bertambah, bahkan sedikit turun. Turunya tekanan darah ini disebabkan oleh kepekatan jantung berkurang. .

(Saminem, 2008:72)

- 3) Perubahan pada sistem pernafasan, sistem pernafasan karena bentuk dari rongga torak berubah dan arena bernafas lebih cepat sebagai kompensasi desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, sekitar 60% wanita hamil mengeluh sesak nafas. (Sunarti, 2013:45)

- d) Perubahan pada Traktus urinarius

Bulan – bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Selain itu ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate* dan *renal plasma flow* juga akan meningkat. Pada eksresi akan dijumpai kadar

amino dan vitamin yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak. (Prawirohardjo, 2018:112)

e) Perubahan pada tulang

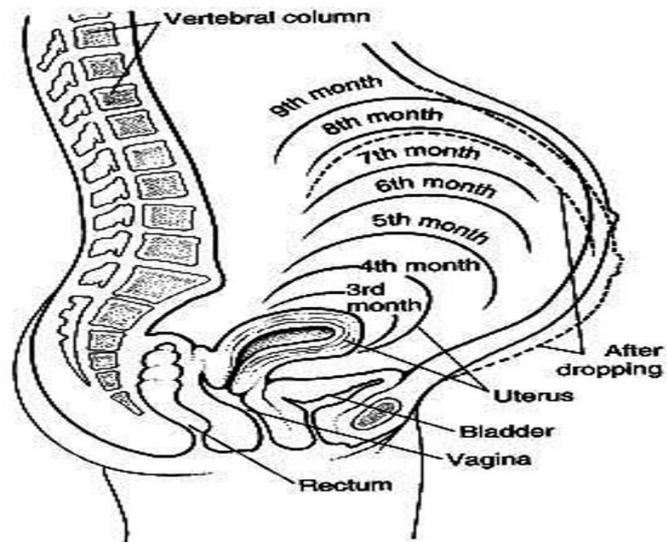
Keadaan tulang pada tulang mengalami perubahan, bentuk tulang belakang menyesuaikan diri dengan keseimbangan badan karena uterus membesar. Oleh karena itu, pada kehamilan lebih dari enam bulan, sikap tubuh ibu tampak menjadi lordosis. (Saminem, 2008:74)

f) Perubahan pada Uterus

Uterus mengalami pembesaran akibat peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah. Hyperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibriolastis yang baru) dan hipertrofi (pembesaran serabut otot dan fibroelastis yang sudah lama), perkembangan desidua (Marmi, 2011:104).

Uterus bertambah berat sekitar 70 sampai 1100 gram selama kehamilan. Ukuran uterus mencapai usia kehamilan aterm adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih 4000 cc. perubahan bentuk dan posisi uterus antara lain, bulan pertama uterus berbentuk seperti alpukat, 4 bulan berbentuk bulat, akhir kehamilan berbentuk seperti bujur telur. Rahim yang tidak hamil atau Rahim normal sebesar telur ayam,

pada umur 2 bulan kehamilan sebesar telur dan umur kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa (Kumalasari, 2015:4)



Gambar 2.16
Ukuran uterus sesuai usia kehamilan

Sumber:

(<https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasi-leopold/>)

Table 2.2
Penambahan Ukuran TFU per tiga jari

Usia Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)
36	3jari dibawah prosesus xipoides (px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)

Sumber : (Sulistyawati, 2010:60).

g) Perubahan pada Ovarium

Proses ovulasi kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga di tunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 – 7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dan jumlah yang relative minimal. (Prawirohardjo, 2008:MK-16)

h) Sistem Metabolisme

Menurut Manuaba (2010:95) perubahan metabolisme pada kehamilan adalah :

- 1) Metabolisme basal naik sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga
- 2) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145mEq per liter disebabkan hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin
- 3) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 g/kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari.

i) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal menurut (Lalengga, 2013:43) adalah sebagai berikut :

- 1) Pada trimester pertama tidak banyak perubahan pada muskuloskeletal. Akibat peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron, terjadi relaksasi dari jaringan ikat, kartilago dan ligamen juga meningkatkan jumlah cairan synovial. Bersamaan dua keadaan tersebut meningkatkan fleksibilitas dan mobilitas persendian. Keseimbangan kadar kalsium selama kehamilan biasanya normal apabila asupan nutrisinya khususnya produk terpenuhi
- 2) Tidak seperti pada trimester 1, selama kehamilan trimester 2 ini mobilitas persendian sedikit berkurang. Hal ini dipicu oleh peningkatan retensi cairan pada connective tissue, terutama di daerah siku dan pergelangan tangan
- 3) Pada trimester 3 akibat dari pembesaran uterus ke posisi anterior, umumnya wanita hamil memiliki bentuk punggung cenderung lordosis. Sendi sacroiliaca, sacrococcigis, dan pubis akan meningkat mobilitasnya diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap pada

wanita hamil dan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung.

j) Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisi akan membesar $\pm 135\%$, akan tetapi kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi persalinan dalam berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasi pada plasma akan menurun. (Saifuddin, 2010:102)

F. Perubahan psikologi ibu hamil

1. Trimester Pertama

Segera setelah terjadi peningkatan hormone estrogen dan progesterone dalam tubuh maka akan segera muncul berbagai ketidaknyamanan secara fisiologi pada ibu misalnya mual muntah, keletihan dan pembesaran pada payudara. Hal ini akan memicu perubahan psikologi seperti berikut ini.

- a) Ibu akan membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan
- b) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar-benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya

dam seringkali memberitahukan orang lain apa yang dirahasiakan

- c) Hasrat melakukan seks berbeda—beda pada setiap wanita. Ada yang meningkat libidinya, tetapi ada juga yang mengalami penurunan. Pada wanita yang mengalami penurunan libido, akan menciptakan suatu kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami.
- d) Bagi calon suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggaan, tetapi bercampur dengan keperhatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga (Marjati dkk, 2010:39).

2. Trimester Kedua

Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat. Ini disebabkan selama trimester ini umumnya wanita sudah merasa baik dan terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy serta pikirannya secara konstruktif. (Kumalasari, 2015:39)

3. Trimester Ketiga

Trimester ketiga biasanya disebut dengan periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan pada ibu. Seringkali ibu merasa khawatir atau takut kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Trimester juga saat persiapan aktif untuk kelahiran bayinya dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga - duga apakah bayi mereka laki – laki atau perempuan dan akan mirip siapa. Bahkan sudah mulai memilih nama untuk bayi mereka (Marjati dkk, 2010:39)

G. Hormon Pada kehamilan

1. *Human chorionic gonadotropin (hCG)*

Hormon ini merupakan salah satu produk pertama sel trofoblas embrio yang penting dalam menginformasikan kepada ibu bahwa telah menjadi konsepsi. Peran utama hCG adalah untuk menyelamatkan *korpus luteum ovarium* dari kematian yang

telah diprogram saat 12 – 14 hari setelah ovulasi. Karena adanya hubungan structural yang dekat antara hCG dan LH, maka hCG dapat diberikatan dengan reseptor LH pada sel luteum. hCG kemudian dapat menggantikan LH, menunjang korpus luteum saat terjadi kehamilan.

2. Human placental lactogen (hPL)

Hormon protein yang diproduksi secara eksklusif oleh plasenta. Secara structural hormone ini berhubungan dengan prolaktin maupun GH. Selama kehamilan glukosa darah menurun, sekresi insulin meningkat, dan resistensi perifer insulin meningkat. Perubahan – perubahan metabolic ini konsisten dengan adanya peningkatan aktivitas yang menyerupai GH, yang kemungkinan merupakan pengaruh pada hPL. Sedangkan selama kehamilan produksi hPL proporsional terhadap plasenta dan kemudian meningkat selama kehamilan. Pada akhir gestasi lebih dari 1 g hPL per hari diproduksi plasenta.

3. Progesteron

Korpus luteum pada ovarium menyediakan progesteron sampai usia kehamilan 10 minggu. Hal ini menunjang kehamilan produksi progesteron plasenta mengambil alih pada kehamilan ke 7-9. Kadar 17α - hidroksiprogesteron yang

diproduksi oleh korpus luteum meningkat wal kehamilan namun menurun pada kehamilan minggu ke 10.

4. Estrogen

Sebagian besar estrogen yang diproduksi oleh plasenta ditemukan pada kompartemen ibu (uterus dan aliran darah). Tidak seperti aktivitas estrogenik lainnya, efek estrogenik yang relatif lemah pada sistem organ lain membuatnya sangat efektif dalam menjalani satu – satunya fungsi yang terpenting dalam kehamilan. Produksinya yang unik yaitu berasal dari substrat janin juga memungkinkan regulasi aliran darah uteroplasenta oleh janin. Aliran darah uteroplasenta merupakan faktor penting dalam pertumbuhan dan kesejahteraan janin. (Heffner, 2010:54)

5. Hormon Prolaktin

Hormon yang dihasilkan oleh kelenjar hipofisia anterior yang bertanggung jawab untuk memproduksi ASI seorang wanita. Pada saat hamil kerja hormone ini tertahan oleh kerja hormon estrogen dan hormon kehamilan, sedangkan hormon prolactin mengalami peningkatan pesat. Hormon prolactin lebih banyak dihasilkan pada malam hari sehingga sering – seringlah menyusui pada malam hari.

6. Hormon Oksitosin

Hormon yang dihasilkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Hormone ini bertanggung jawab untuk mengalirkan ASI yang diproduksi prolaktin ke saluran lactiferous dan sampai mulut bayi melalui isapnya. (Indah, 2015:24)

H. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Kebutuhan Oksigenasi

Kebutuhan oksigen wanita hamil meningkat kira-kira 20% sehingga untuk memenuhi kebutuhan itu, wanita hamil selalu bernapas lebih dalam dan bagian bawah toraknya juga melebar ke sisi. Pada kehamilan 32 minggu atau lebih, usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma sulit bergerak. Akibatnya, tidak jarang wanita hamil mengeluh sesak napas dan pendek napas. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen ini dapat dilakukan senam pernapasan. (Yulaikhah, 2009:21)

2. Kebutuhan Personal Hygiene

Kebersihan gigi dengan menggosok gigi secara teratur, tambal gigi yang berlubang, memeriksakan gigi rutin ke dokter, dan gunakan pencuci mulut yang alkali/basa. Selain itu mandi dengan mandi secara teratur menggunakan sabun, tidak mandi air panas (melelahkan) dan keramas 2-3 kali (Putranti, 2018:44)

3. Istirahat/tidur

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap tubuh, tidak jarang ibu mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kehamilan diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, kadang ibu sulit untuk menentukan posisi tidur yang nyaman, posisi tidur yang nyaman untuk ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk ke depan dan di ganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut ganjal dengan bantal pada perut bawah bagian kiri. (Sulistyawati, 2011:180)

4. Eliminasi BAK/BAB

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan, bahkan cukup lancar. Dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga daerah kelamin menjadi lebih basah. Situasi basah ini menyebabkan jamur (*trikomona*) tubuh. Sehingga wanita hamil mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan. Sara gatal sangat mengganggu sehingga sering digaruk. Saat berkemih terdapat residu (sisa) yang memudahkan infeksi kandung kemih, dengan minum dan menjaga kebersihan sekitar alat kelamin. Wanita perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan kebelakang setiap kali selesai berkemih

atau buang air besar, dan harus menggunakan tisu, atau lap, atau handuk yang bersih setiap kali melakukannya.

Membersihkan dan mengelap dari belakang ke depan akan membawa bakteri darid daerah *rektum* ke muara *uretra* dan meningkatkan resiko infeksi. Sebaiknya gunakan tisu yang lembut dan menyerap air, lebih baik yang berwarna putih, dan tidak diberi wewangian atau bergambar dapat menimbulkan iritasi. Wanita harus sering mengganti pelapis atau pelindung celana dalam. (Kusmiyati, 2013:43)

5. Nutrisi

Energi selama kehamilan terjadi peningkatan kalori sekitar 80.000 kilo kalori sehingga dibutuhkan penambahan kalori sebanyak 300 kilokalori /hari. Penambahan kalori ini dihitung melalui protein, lemak yang ada pada janin, lemak pada ibu, dan konsumsi O₂ ibu selama 9 bulan.

a) Karbohidrat

Metabolisme karbohidrat ibu hamil sangat kompleks, karena terdapat kecenderungan peningkatan ekskresi dekstrose dalam urine. Hal ini ditunjukkan oleh frekuensi glukosuria ibu hamil yang relative tinggi dan adanya glukosuria pada kebanyakan wanita ibu hamil setelah mendapat 100 gram dekstrose per oral. Normalnya, pada wanita hamil tidak terdapat glukosuria,

kebutuhan karbohidrat lebih kurang 50% dari total kalori sehingga perlu penambahan.

b) Protein

Protein dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, uterus, payudara, hormone, penambahan cairan darah ibu, dan persiapan laktasi. Kebutuhan protein adalah 9 gram/hari. Sebanyak $\frac{1}{3}$ dari protein hewani mempunyai nilai biologi tinggi. Kebutuhan protein untuk fetus adalah 925 gram selama 9 bulan. Efisiensi protein adalah 70%. Terdapat protein loss di urine +30%.

c) Lemak

Selama hamil, terdapat lemak sebanyak 2-2,5 kg dan peningkatan terjadi mulai bulan ke-3 kehamilan, namun kemungkinan dibutuhkan untuk proses laktasi yang akan datang.

d) Mineral

1) Ferum (Fe)

(a) Dibutuhkan untuk pembentukan Hb, terutama hemodilusi

(b) Pemasukan harus adekuat selama hamil untuk mencegah anemia

(c) Wanita hamil memerlukan 800 mg atau 30-50 gram/hari

- (d) Anjuran maksimal : penambahan mulai awal kehamilan, karena pemberian yang hanya pada trimester III tidak dapat mengejar kebutuhan ibu/ fetus dan juga untuk cadangan fetus

2) Kalsium

- (a) Diperlukan untuk pertumbuhan tulang dan gigi
- (b) Vitamin D membantu penyerapan kalsium
- (c) Kebutuhan 30-40 gram/hari untuk janin
- (d) Wanita hamil perlu tambahan 600 mg/hari
- (e) Total kebutuhan ibu hamil selama kehamilan adalah 1200 mg/hari

3) Natrium

- (a) Natrium bersifat mengikat cairan sehingga akan mempengaruhi keseimbangan cairan tubuh
- (b) Ibu hamil normal kadar natriumnya bertambah 1,6-8 mg/minggu sehingga akan timbul odema
- (c) Dianjurkan ibu hamil dianjurkan ibu hamil mengurangi makanan yang mengandung natrium

4) Vitamin

- (a) Vitamin D : Untuk absorpsi dan metabolisme kalsium dan fosfor
- (b) Vitamin E : Dibutuhkan penambahan +10 mg
- (c) Vitamin K : untuk pembentukan protombin

(d) Vitamin B kompleks : Pembentukan enzim yang diperlukan dalam metabolisme karbohidrat

(e) Vitamin C : Untuk pembentukan kolagen dan darah yang membantu penyerapan Fe

5) Asam folat

Asam folat untuk pembentukan sel-sel darah, fotosintesis DNA, serta pertumbuhan janin dan plasenta. (Yulaikhah, 2009:12)

Tabel 2.3
Nutrisi Pada Ibu Hamil

Bahan Makanan	Kebutuhan Dalam Sehari	Berat
Nasi	6 porsi (nasi 1 porsi=3/4 gelas)	100 gram=175kkal
Sayur	4 porsi (sayur 1 porsi=1 gelas)	100 gram=25kkal
Buah	4 porsi (buah 1 porsi=1 buah pisang ambon)	50 gram=50kkal
Tempe	4 porsi (tempe 1 porsi=2 potong tempe sedang)	50 gram=50kkal
Daging	3 porsi (daging 1 porsi= 1 potong daging sedang)	35 gram=50kkal
Susu	1 porsi (susu 1 porsi=1 gelas susu)	20 gram=50kkal
Minyak	6 porsi (minyak 1 porsi= 1 sendok teh minyak)	5 gram=50kkal
Gula	2 porsi (gula 1 porsi= 1 sendok makan gula)	20 gram=50 kkal

Sumber : Permenkes RI No. 41. 2014:89

6. Treveling

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan relaksasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi ke luar kota.

Hal-hal yang dianjurkan apabila ibu hamil berpergian adalah sebagai berikut:

Hindari pergi ke suatu tempat yang ramai, sesak, dan panas serta berdiri terlalu lama di tempat itu karena akan dapat menimbulkan sesak nafas sampai akhirnya jatuh pingsan.

- a) Apabila berpergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu lama harus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan risiko bekuan darah vena dalam dan tromboflebitis selama kehamilan.
- b) Wanita hamil dapat mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit.
- c) Stoking penyangga sebaiknya dipakai apabila harus duduk dalam jangka waktu lama di mobil atau pesawat terbang.
- d) Sabuk pengaman sebaiknya selalu dipakai, sabuk tersebut diletakkan di bawah perut ketika kehamilan sudah besar

7. Pakaian

Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut dan leher :

- a) Stocking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi.
- b) Pakailah BH yang menyokong payudara dan harus mempunyai tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu.
- c) Memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi. Pakaian dalam yang selalu bersih. (Pantikawati dkk, 2010:23)

8. Personal hygiene

Pada masa keamilan, personal hygiene berkaitan dengan perubahan sistem tubuh berikut ini :

- a) Terjadinya peningkatan pH vagina, akibatnya mudah terkena infeksi.
- b) Peningkatan kadar esterogen menyebabkan peningkatan flour albus.
- c) Peningkatan sirkulasi perifer menyebabkan peningkatan produksi keringat.
- d) Ukuran uterus yang membesar menekan kandung kemih sehingga kapasitas uterus menurun dan ibu sering berkemih.

Ibu hamil harus melakukan gerakan membersihkan dari depan ke belakang ketika selesai berkemih atau defekasi dan harus menggunakan tisu yang bersih, lembut, menyerap air, berwarna putih, dan tidak mengandung parfum, mengelap dengan tisu dari depan ke belakang. Ibu hamil harus lebih sering mengganti pelapis/pelindung celana dalam. Bakteri dapat berkembang biak pada pelapis yang kotor. Bahan celana dalam sebaiknya terbuat dari bahan katun. Sebaiknya tidak menggunakan celana ketat dalam jangka waktu lama karena dapat menyebabkan panas dan kelembapan vagina meningkat sehingga mempermudah pertumbuhan bakteri.

Ibu hamil harus minum air 8-12 gelas sehari, atau minum susu atau yoghurt dapat menurunkan pH saluran kemih. Ibu hamil cukup minum agar sering berkemih. Bakteri dapat masuk pada saat melakukan hubungan seksual, sebaiknya ibu hamil berkemih sebelum dan sesudah koitus, dan banyak minum untuk meningkatkan produksi urine.

Pada trimester pertama kehamilan, wanita mengalami mual. Keadaan tersebut mengakibatkan kurangnya hygiene pada mulut dan gigi sehingga

mudah terjadi karies dan gingivitis. Tindakan penambalan dan pencabutan gigi bukan merupakan kontraindikasi, dan penggunaan anestesi tidak terbukti menyebabkan abortus. Sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan gigi secara teratur (Yulaikhah, 2008:12).

9. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, coitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang persalinan. Coitus tidak dibenarkan apabila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat riwayat abortus berulang, abortus atau partus prematurus imminens, ketuban pecah, serviks telah membuka. Posisi senggama wanita diatas, sisi dengan sisi, dapat menghindari tekanan pada perut dan wanita dapat mengatur penetrasi penis (Kusmiyati, dkk.2013:107).

I. Komplikasi pada Kehamilan

1. Abortus

Adalah pengeluaran janin yang masih berusia kurang dari 20 minggu (5 bulan). Abortus terjadi secara spontan dan tidak spontan. Secara spontan, tiba-tiba keluar darah seperti aird selama 1-2 hari dan disusul dengan keluarnya

janin. Janin dan jaringan pendukungnya keluar dan utuh dan tidak ada yang tertinggal dalam rahim. (Sinsin, 2008:65)

2. Plasenta Previa

Plasenta tumbuh di tempat yang rendah, di daerah penipisan sampai pembukaan pada segmen bawah rahim. Karena itu plasenta terletak lebih rendah dari janin dan dapat menghalangi kelahiran per vagina. (Benson, 2013:54)

3. Solusio Plasenta

Solusio plasenta adalah terlepasnya sebagian atau seluruh permukaan maternal plasenta dari implantasinya yang normal pada lapisan desisua endometrium sebelum waktunya yakni sebelum anak lahir. Gejala dari solusio plasenta adalah terjadinya perdarahan yang berwarna tua keluar melalui vagina, rasa nyeri perut atau uterus tegang terus-menerus mirip seperti *his prematurus* (Yulifah, 2010 : 119).

4. Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia umumnya terjadi pada penderita hipertensi. Preeklamsia adalah sindrom yang terdiri dari tingginya tekanan darah (hipertensi), tingginya kadar protein dalam urin (hemaproteuria, dan banyaknya cairan yang ditahan oleh tubuh sehingga tungkai kaki ibu hamil

seakan-akan menjadi bengkak. Eklamsia merupakan akibat yang ditimbulkan dari preeklamsia. Misalnya bayi mempunyai berat bayi lahir rendah dan bayi yang kurang gizi. (Sinsin, 2008:66)

5. Kehamilan dengan Ketuban Pecah Dini (KPD)

Pengeluaran air ketuban (amnion) sebagian besar terjadi menjelang persalinan dengan pembukaan mendekati lengkap. (Bandiyah, 2009:34)

6. Tumor

Kista sebenarnya juga salah satu jenis tumor. Bentuknya seperti kantung-kantung berisi cairan. Sebenarnya, kista adalah hasil ovulasi (pelepasan sel telur dari ovarium) yang terjadi setiap bulan. Biasanya ia akan menghilang dengan sendirinya. (Sinsin, 2008:67)

7. Ektopik

Adalah Keadaan – keadaan yang menunda atau mencegah perjalanan ovum yang sudah dibuahi melewati tuba fallopi. Penyebab utama kematian ibu terutama karena perdarahan yang tidak terkendali dan syok. (Benson, 2013:56)

8. Hiperemesis Gravidarum

Adalah mual atau muntah yang berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan hidup ibu hamil. (Sinsin,2008:66)

J. Ketidaknyamanan ibu hamil

Menurut (Wibisono, 2009:43) Ada beberapa ketidaknyamanan yang dirasakan ibu hamil diantaranya :

1. 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.
2. Sering kencing, karena kandung kencing semakin tertekan oleh rahim sehingga daya tampungnya semakin berkurang.
3. Kaki bengkak, dikarenakan beban jantung meningkat sehingga perlu waktu lebih lama untuk menarik kembali cairan dari bagian tubuh paling jauh. Karena itu, setelah beraktivitas disarankan untuk tidur dengan mengganjalkan kaki sebentar.
4. Sakit Punggung, hampir semua wanita mengalami setidaknya sakit punggung ringan pada lumbal selama kehamilan. Disebabkan karena kelelahan, spasme otot, atau regangan punggung akibat sikap tubuh. (Benson, 2013:22)

5. 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, 2010:31)

K. Tanda Bahaya Masa Hamil

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan (Pantiawati, 2010:44). Pada kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Asrinah, 2010:16).

2. Bayi kurang bergerak

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6 beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring

atau istirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Rukiah dkk, 2009:55).

3. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Pada saat kehamilan, hamper seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung, atau pre-eklamsia (Sulistyawati, 2009:43).

4. 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, 2010:22).

5. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam

kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia (Sulistyawati, 2009:44).

6. Nyeri perut yang hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalinan. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta (Sulistyawati, 2009:46).

7. Keluar cairan per-vaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan berwarna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan preterm (<37 minggu) dan komplikasi infeksi intrapartum. (Sulistyawati, 2009:46)

L. Pelayanan Antenatal care pada Era Pandemi *Covid-19*

Pada era pandemic *Covid-19* tentunya pelayanan Antenatal Care harus tetap dilaksanakan. Sehingga prosedur dan tindakan akan sedikit berbeda dengan pelayanan ketika sebelum ada pandemi *Covid-19*. Pelayanan Antenatal Care pada era pandemi *Covid-19* dilakukan dengan cara :

- 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/dokter melalui media komunikasi.
- c) Pelajari buku KIA dan terapkan dalam kehidupan sehari-hari
- d) Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat resiko/tanda bahaya maka periksakan diri ke tenaga kesehatan. Jika tidak terdapat tanda-tanda bahaya, pemeriksaan kehamilan dapat ditunda.
- e) Pastikan gerak janin diawali usia kehamilan 20 minggu dan setelah usia kehamilan 28 minggu hitung gerak janin minimal 10 gerakan per 2 jam.

- f) Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengkonsumsi 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 infeksi 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, pasien 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.

l) 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 ruangan 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 urinalis 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* di dapatkan bahwa 2/3 kehamilan dengan SARS di sertai oleh IUGR dan solusio plasenta terjadi pada kasus MERS sehingga tindak lanjut ultra sonografi diperlukan.

- p) Jika ibu hamil datang di rumah sakit dengan gejala meburuk 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 jawab untuk perawatan pasien sesegera mungkin setelah masuk. Diskusi dan simpulnya 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 luar SARS-CoV-2.

M. Asuhan Antenatal

1. Pengertian Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan

pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014:213).

2. Tujuan Asuhan Kehamilan

- a) Membantu kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial ibu dan bayi.
- c) Mengenalinya secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama ibu hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- d) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f) Mempersiapkan peranan ibu dan keluarga dalam menerimakelahiran bagi bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Saifuddin, 2009:89-98).

4. Kunjungan ANC

Menurut (IBI,2019) kunjungan ANC dilakkan minimal 6 kali yaitu :

a) Trimester I (Sebelum 14 minggu)

- 1) Mencegah masalah, misal tetanus neonatal, anemia, kebiasaan tradisional
- 2) Membangun hubungan saling percaya
- 3) Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi
- 4) Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks)

b) Trimester II (4 – 28 minggu)

Sama dengan trimester I ditambah kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamilan (deteksi gejala preeklamsi, pantau TD, evaluasi edema, proteinuria.

c) Trimester III (28 – 36 minggu)

Sama dengan trimester II namun ditambah dengan deteksi kehamilan ganda

d) Trimester IV (36 – 40 minggu)

Sama ditambah deteksi kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di RS.

5. Standar 10T Pelayanan Antenatal Care

a) Timbang berat badan ukur berat badan

Penimbangan berat badan pada saat kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin, sedangkan pengukuran berat

badan pada pertama kunjungan dilakukan untuk menepis adanya faktor resiko pada ibu hamil.

b) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah lebih dari 140/90 mmhg) pada kehamilan dan preeklamsi (hipertensi disertai edema wajah dan tungkai bawah, proteinuria (+).

c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester 1 untuk skrining ibu hamil berisiko KEK atau tidak.

d) Ukur tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan dilanjutkan setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksud untuk mengetahui letak janin. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester

I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

- f) Skrining status imunisasi TT dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) apabila diperlukan.

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapatkan imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskrining status imunisasi TT nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status TT ibu pada saat ini.

Tabel 2.4
Imunisasi Tetanus Toxoid

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

Sumber : (Kusmiyati, Y. dkk. 2013:126)

g) Berikan tablet tambah darah (tablet FE)

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

h) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, protein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemis (malaria, IMS, HIV/AIDS dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal yang meliputi :

- 1) Pemeriksaan darah malaria
- 2) Pemeriksaan golongan darah
- 3) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (HB)
- 4) Pemeriksaan protein dalam urin
- 5) Pemeriksaan tes sifilis

- 6) Pemeriksaan HIV
- 7) Pemeriksaan BTA
- i) Tatalaksana /penanganan kasus
- j) Temu wicara (konseling)

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

- (a) Kesehatan ibu
- (b) Perilaku hidup sehat dan bersih
- (c) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- (d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- (e) Asupan gizi seimbang
(Visi, dkk.2018:4-6).
- (f) Gejala penyakit menular dan tidak menular
- (g) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah Epidemio meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.
- (h) Inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif
- (i) KB pasca persalinan
- (j) Imunisasi

(k) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan
(*Brainbooster*).

(Kemenkes, 2015:13-14)

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Definisi Persalinan

Persalinan merupakan suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progesterin dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah (Rohani, 2011:3)

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 (inpartu) dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika berkontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. (Sursilah, 2010:4)

B. Etiologi Persalinan

1. Teori kadar progesterone : Progesteron yang mempunyai tugas mempertahankan kehamilan semakin menurun dengan makin tuanya kehamilan, sehingga otot rahim mudah dirangsang oleh oksitosin (Manuaba, 2009:114)

2. Teori Oksitosin :Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior, perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Dan menurunnya kontrasepsi progesterone karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi dan akhirnya persalinan dimulai. (Sulisyawati, 2010:56)
3. Teori regangan otot Rahim : Dengan meregangnya otot Rahim dalam batas tertentu menimbulkan persalinan dengan sendirinya (Manuaba, 2009:115)
4. Teori prostaglandin : Prostaglandin banyak dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan. (Sulisyawati, 2010:57)

C. Macam-macam Persalinan

1. Berdasarkan caranya persalinan dapat dibedakan dua yaitu :
 - a) Persalinan Normal

Adalah proses kelahiran bayi yang terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (lebih dari 37 minggu) tanpa penyulit bantuan alat-alat serta tidak melukai bayi dan ibu. Partus spontan umumnya berlangsung.

b) Persalinan Abnormal

Adalah Persalinan pervagina dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi Caesar.

2. Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dapat dibedakan menjadi tiga yaitu:

- a) Persalinan Spontan : Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri atau melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b) Persalinan buatan : Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan operasi section Caesar.
- c) Persalinan Anjuran : Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin. (Anisa, 2017:21)

D. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Faktor power (Kekuatan)

Power adalah kekuatan dimana kekuatan tersebut meliputi : his, kontraksi otot – otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang baik dan sempurna

a) His (kontraksi uterus)

Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

b) Tenaga mengejan/ meneran

- c) Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his
- d) Tenaga mengejan seperti buang air besar, tapi lebih kuat lagi
- e) Saat kepala sampai dasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glottisnya, mengkontraksikan otot – otot perut dan menekan diaframanya ke bawah
- f) Tanpa tenaga mengejan, anak tidak dapat lahir
- g) Tenaga mengejan juga melahirkan plasenta setelah terlepas dari dinding rahim. (Damayanti,2014:15)

2. Faktor Passager

a) Kepala janin

kepala itu terdiri dari :

1) Bagian muka yang terdiri dari :

- (a) Tulang hidung (*os. nasale*)
- (b) Tulang pipi (*os. zygomaticum*)
- (c) Tulang rahang atas (*os. maxillaris*)
- (d) Tulang rahang bawah (*os. mandibularis*)

2) Bagian tengkorak

- (a) Tulang dahi (*os. frontale*) ada 2 buah tulang
- (b) Tulang ubun – ubun (*os parientale*) ada 2 buah tulang
- (c) Tulang tulang pelipis (*os temporale*) ada 2 buah tulang

(d) Tulang belakang kepala (os occipital) ada 1 buah tulang

3) Ukuran – ukuran kepala janin

(a) Ukuran muka belakang

(1) Diameter sub occipito – bregmatika

(2) Diameter sub occipito – frontalis

(3) Diameter fronto – occipitalis

(4) Diameter mento – occipitalis

(5) Diameter sub mento bregmatika

(b) Ukuran melintang

(1) Diameter biparetal

(2) Diameter Bitemporalis

(c) Ukurang melingkar

(1) circumferential suboccipito bregmatika

(2) circumferential fronto occipitalis

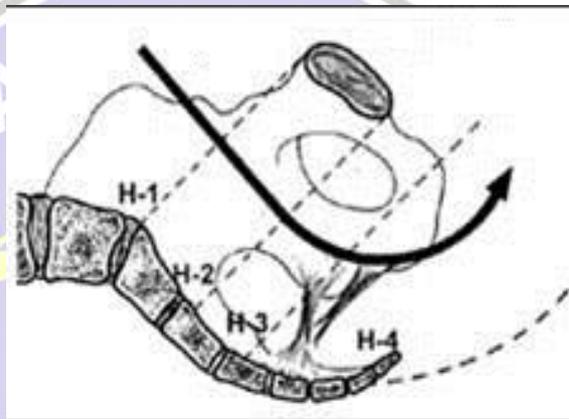
(3) circumferential mento occip

(4) italis (Damayanti,2014:16)

4) Bidang Hodge

Bidang-bidang Hodge ini dipelajari untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang Hodge tersebut antara lain :

- (a) Hodge I: bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promogtorium
- (b) Hodge II : bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simpisis
- (c) Hodge III : bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi spina ischiadika



- (d) Hodge IV : bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi tulang koksigis. (Sulistyawati, 2010:13-20)

Gambar 2.17
Bidang Hodge

Sumber : Hanifa Wiknjosastro, 2002

3. Faktor Passage (Jalan lahir)

a) Janin

Passanger pertama yang mempengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Kelainan – kelainan yang sering menjadi faktor penghambat dari passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala janin seperti hidrosefalus dan

anensefalus, kelainan letak seperti letak muka ataupun letak dahi, serta kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang ataupun letak sungsang (Jenny, 2013:21)

b) Moulage (molase) kepala janin

Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antar bagian tulang (overlapping) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. Proses ini disebut molase. (Sulistyawati, 2010:44)

E. Pelayanan Persalinan di era Pandemi Covid-19

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

- a) Rujukan terencana untuk ibu hamil beresiko.
- b) Ibu tetap bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan
- c) Segera ke fasilitas kesehatan jika sudah ada tanda-tanda persalinan
- d) Ibu dengan kasus Covid-19 akan di tatalaksana sesuai tata laksana persalinan yang dikeluarkan oleh PPPOGI
- e) Pada ibu dengan persalinan kala II dipertimbangkan tindakan operasi pervaginam untuk mempercepat kala II pada ibu dengan gejala kelelahan ibu atau ada tanda hipoksia
- f) Perimortem cesarian section dilakukan sesuai standar apabila ibu dengan kegagalan resusitas tetapi janin masih viable.

- g) 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
- h) Staf layanan kesehatan diruang persalinan harus mematuhi standart APD lengkap
- i) Antibiotik intrapartum harus diberikan sesuai protocol
- j) Plasenta harus dilakukan penanganan sesuai praktik normal. Jika diperlukan histologi, jaringan harus diserahkan ke laboratorium, dan laboratorium harus diberitahu bahwa sample berasal dari pasien suspect atau terkonfirmasi covid-19
- k) Berikan anastesi epidural atau spinal indikasi dan menghindari anastesi umum kecuali benar-benar diperlukan
- l) Tim neonatal harus diberi tahu tentang rencana untuk melahirkan bayi dari ibu yang terkena *covid-19* jauh sebelumnya.

F. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut (Rohani, 2011:12) tanda-tanda persalinan terdiri 2 diantaranya:

1. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan

- a) Kandung kemih tertekan sedikit, menyebabkan peluang untuk melakukan ekspansi berkurang, sehingga frekuensi berkemih meningkat.
- b) Meningkatnya tekanan oleh sebagian besar janin pada saraf yang melewati foramen obturator yang menuju kaki, menyebabkan sering terjadi kram kaki
- c) Meningkatnya tekanan pada pembuluh darah vena menyebabkan terjadinya odema karena bagian terbesar dari janin menghambat darah yang kembali dari bagian bawah tubuh.

2. Terdapat his permulaan

Sifat his permulaan (palsu) adalah :

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- b) Datang tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
- d) Durasi pendek
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas
- f) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
- g) Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
- h) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*). (Robani, 2011:25)

F. Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala yaitu :

1. KALA I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturient masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase yaitu :

- a) Fase laten Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- b) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase lagi yaitu :
 - 1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm
 - 2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm
 - 3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

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

kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada primigravida ostium uteri internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama. Kala I selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (Sarwono, 2010:100-101)

Tabel 2.5
Diagnosa kala dan fase persalinan

Gejala dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm <ul style="list-style-type: none"> Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam Penurunan kepala dimulai 	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm) <ul style="list-style-type: none"> Penurunan kepala berlanjut Belum ada keinginan untuk meneran 	II	Awal (nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) <ul style="list-style-type: none"> Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul Ibu meneran 	II	Akhir (ekspulsif)

Sumber : (Abdul Bari Saifuddin, 2010:167).

2. KALA II

Kala dua disebut juga dengan kala pengeluaran. Gejala utama dari kala II adalah :

- a) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik
- b) Menjelang akhir 1 ketuban pecah ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhausner
- d) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi : kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- f) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan :
 - 1) Kepala dipegang pada osocciput dan dibawah dagu, ditarik cunam kebawah untuk melahirkan bahu belakang
 - 2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi
 - 3) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban

- 4) Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam (Manuaba, 2010:173)

Tabel 2.6
Lamanya persalinan

Lama Persalinan		
	Primipara	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	1/4 jam
Total	14 ½ jam	7 ¾ jam

Sumber : Rohani, dkk. 2011.

3. KALA III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasentanya pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot Rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda - tanda :

- a) Uterus menjadi budar
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- c) Tali pusat bertambah panjang
- d) Terjadi perdarahan

Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara erede pada fundus uteri. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir.

Menurut (Manuaba dkk, 2010: 174), Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

a) Metode schulze

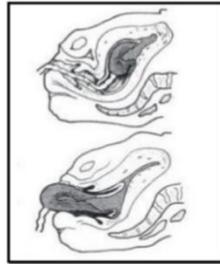
Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum terjadi, plasenta terlepas dari suatu titik pusat dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantung amnion, permukaan fetal plasenta mulai muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat, dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan

b) Metode Matthews Duncan

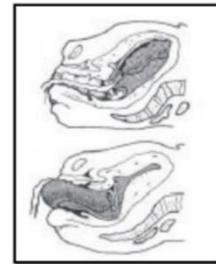
Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya. Pada metode Matthews Duncan ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode schutze. Metode ini adalah metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah di dalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang sangat banyak karena hanya

ada sedikit serat oblik dibagian bawah segmen (Marmi, 2016:257).

Schultze



Duncan



Gambar 2.18

Mekanisme Pelepasan Plasenta

Sumber: <https://dokumen.tips/documents/pengeluaran-dan-pelepasan-plasenta-duncan-dan-schultze.html>

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

- a) Prasad kustner. Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simfisis. Bila tali pusat ini masuk ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Prasad ini hendaknya dilakukan secara berhati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi.
- b) Prasad stassman. Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok-ngetok

fundus uteri. Bila terasa ada getaran pada tali pusat yang diregangkan ini, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus. Bila terasa getaran, berarti plasenta telah terlepas dari dinding uterus.

- c) Prasat klein. Wanita tersebut disuruh mengedan dan tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengedannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.
- d) Prasat crede. Dengan cara memijat uterus seperti memeras jeruk agar plasenta lepas dari dinding uterus hanya dapat dipergunakan bila terpaksa misalnya perdarahan. Prasat ini dapat mengakibatkan kecelakaan perdarahan postpartum. Pada orang yang gemuk, prasat crede sukar atau tidak dapat dikerjakan.

4. KALA IV

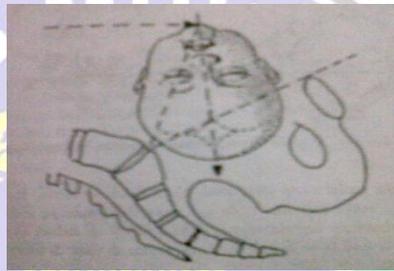
Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama observasi yang dilakukan adalah pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uteri dan perdarahan (Manuaba, 2010:175)

G. Mekanisme Persalinan

1. Penurunan

Penurunan yang meliputi engagement pada diameter oblique kanan panggul berlangsung terus selama persalinan normal pada

waktu janin melalui jalan lahir. Pada primigravida sebelum persalinan mulai sudah harus terjadi penurunan kepala jelas dalam proses engagement tidak akan terjadi sampai persalinan betul – betul berjalan baik. Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah dan pada kala II dibantu oleh daya mengejan dari pasien dan sedikit oleh gaya berat. (Rahayu, 2017:78)

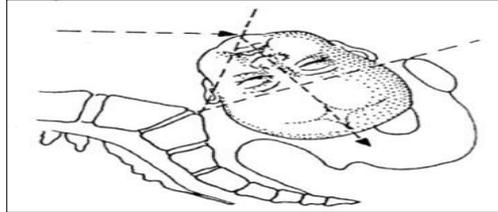


Gambar 2.19
Asinklitismus Anterior
Sumber : Saifuddin,2011:310

2. Engagement

Apabila diameter biparietal telah melewati pintu atas panggul dikatakan kepala telah menancap (*engaged*) pada pintu atas panggul. Pada kebanyakan wanita nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan fase aktif dimulai karena otot – otot abdomen sudah tegang terlebih pada kehamilan dengan presentasi bokong. Sedangkan pada wanita multipara yang otot – otot abdomennya lebih kendur meskipun kepala bayi sudah memasuki atas panggul. Kepala bayi kadang – kadang tetap dapat digerakkan

di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai. (Wagiyo, 2016:49)

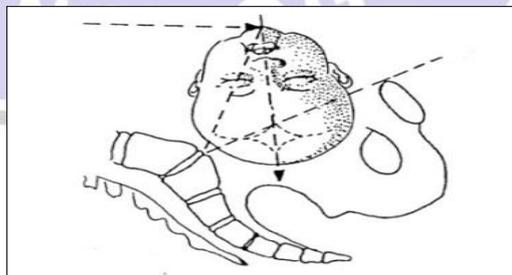


Gambar 2.20
Sinklitismus

Sumber : Wiknjastro, Gulardi H, dkk. 2009.:310

3. Flexi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi flexi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tekanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi Occiput turun mendahului sinciput. UUK lebih rendah daripada bregma dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya ini terjadi di PAP tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian terendah mencapai dasar panggul. Efek flexi adalah untuk merubah diameter terendah dari occipitofrontalis menjadi subocciput bregmatica yang lebih ke diameter trasversa atau oblique cil dan lebih bulat. (Rahayu, 2017:33)



Gambar 2.21

Asinklitismus posterior

Sumber : Wiknjastro, Gulardi H, dkk. 2009:311

4. Putar paksi dalam

Sebagian besar panggul mempunyai PAP yang berbentuk oval melintang. Diameter anteposterior sedikit lebih panjang daripada diameter. PBP berbentuk oval anteposterior seperti kepala janin. Sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan sumbu panjang panggul ibu. Karenanya kepala janin yang masuk PAP pada diameter transversa atau oblique harus berputar ke diameter anteroposterior supaya dapat lahir. (Rahayu, 2017:34)

5. Ekstensi

Saat kepala janin mencapai perineum, kepala kan mengalami defleksi ke arah anterior oleh perineum. Mula – mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala muncul keluar akibat ekstensi, pertama – tama oksiput, wajah, dan akhirnya dagu.



Gambar 2.22

Proses penurunan kepala janin

Sumber : Sulistyawati, 2010:90

6. Restitusi Eksterna atau putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, bayi berputar hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas panggul. Gerakan ini dikenal sebagai gerakan restitusi. Putaran 45 derajat membuat kepala janin kembali sejajar dengan punggung dan bahunya, dengan demikian kepala dapat terlihat berputar lebih lanjut. Putar paksi luar terjadi saat bahu *enggagend* dan turun dengan gerakan mirip dengan gerakan kepala seperti telah diketahui, bahu anterior turun terlebih dahulu.



Gambar 2.23

Rotasi Eksternal

Sumber : Manuaba dkk. 2010:185

7. Ekspulsi

Setelah bahu atau keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah *simfisis pubis*. Ketika seluruh tubuh bayi keluar, persalinan selesai. Ini merupakan tahapan kedua persalinan dan saat tubuh bayi keluar seluruhnya, dicatat dalam catatan medis. (Wagiyo, 2016:6)

H. 5 Benang Merah

1. Pengambilan keputusan

Menjadi seorang bidan harus konsisten, harus sesegera mungkin mengambil keputusan apa A atau B supaya penanganan pasien tidak akan terlambat.

2. Asuhan sayang ibu dan bayi

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

- a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- b) Jelaskan semua asuhan dan perwatakan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya
- d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
- e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.

Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya

- f) Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya

- g) Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memerhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- h) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik
- i) Hargai privasi ibu
- j) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
- k) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
- l) Hindari tindakan berlebihan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma
- m) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- n) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir
- o) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
- p) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan, siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran (Damayanti, dkk. 2015: 24-25).

3. Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti misalnya hepatitis dan HIV/AIDS.

Definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi :

a) Asepsis atau Teknik Aseptik

Adalah istilah umum yang biasa digunakan dalam pelayanan kesehatan. Istilah ini dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi. Teknik aseptik membuat prosedur lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir dan penolong persalinan dengan cara menurunkan jumlah atau menghilangkan seluruh (eradikasi) mikroorganisme pada kulit, jaringan dan instrumen/peralatan hingga tingkat yang aman.

b) Antiseptis

Mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya

c) Dekontaminasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis, sarung tangan dan permukaan (misalnya meja periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh. Dekontaminasi bisa dilakukan dengan menggunakan larutan klorin. Cara membuat larutan klorin menurut (Dewi, 2011:54) adalah :

- 1) Membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan konsentrat}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} - 1$$

- 2) Membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsentrat}} \times 1000$$

d) Mencuci dan Membilas

Adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau

benda asing (misalnya debu,kotoran) dari kulit atau intrumen/peralatan.

e) Desinfeksi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda-benda atau instrumen.

f) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.

g) Sterilisasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri,jamur,parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dan benda-benda mati atau instrumen.

Tindakan- tindakan pencegahan infeksi meliputi :

- 1) Cuci tangan menggunakan prinsip 7 langkah kemudian mengeringkan dengan handuk bersih
- 2) Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya seperti kaca mata, apron, sepatu boot, masker, dan penutup kepala
- 3) Memproses alat bekas pakai
- 4) Menangani peralatan tajam dengan aman

- 5) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar
- 6) Menggunakan asepsis atau teknik aseptik

(Mika, 2016:9-11).

Prinsip-prinsip pencegahan infeksi

PI yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip berikut :

- a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala)
- b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
- c) Permukaan benda di sekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan, harus diproses secara benar
- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah di proses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi
- e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten (Mika, 2016:12-13).

4. Pendokumentasian

Pendokumentasian dilakukan bidan bertujuan agar bidan memiliki rekam medis apa saja tindakan yang sudah dilakukan terhadap pasien, bila sewaktu-waktu ada pasien meninggal dan menuntut bidan tersebut. Pendokumentasian tersebut sebagai bukti bahwa bidan tersebut telah melakukan tindakan sesuai dengan standart operasional yang benar.

5. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan yaitu kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi). Penyulit yang terjadi diantaranya dan harus dirujuk adalah riwayat bedah sesar, perdarahan pervaginam, persalinan kurang bulan, ketuban pecah disertai dengan mekonium yang pecah, ketuban pecah lebih dari 24 jam, ketuban pecah pada persalinan kurang bulan, ikterus, anemia berat, tanda/gejala infeksi, pre-eklampsia/hipertensi dalam kehamilan, tinggi fundus 40 cm/lebih, gawat janin, primipara dalam fase aktif kala I persalinan dan kepala janin masuk 5/5, presentasi bukan belakang kepala, presentasi ganda (majemuk), kehamilan ganda (gemelli), tali pusat menubung, syok (APN, 2008).

Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk melaksanakan kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir seperti :

- a) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- b) Transfusi darah
- c) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cuman
- d) Pemberian antibiotik intravena
- e) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir

Adapun yang wajib untuk diketahui oleh setiap penolong persalinan, antara lain :

- 1) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- 2) Ketersediaan pelayanan purna waktu
- 3) Biaya pelayanan
- 4) Waktu dan jarak tempuh ke tempat rujukan

Oleh karena sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi, maka pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal anjurkan ibu untuk membahas dan membuat rencana rujukan bersama suami dan keluarganya untuk menjelaskan tentang perlunya rencana rujukan apabila diperlukan.

Dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi harus disertai BAKSOKUDA, yaitu :

- 1) B (Bidan) : Pastikan ibu dan bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanakan kegawatdaruratan.
- 2) A (Alat) : Bawa perlengkapan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas dan bayi baru lahir ke tempat rujukan.
- 3) K (Keluarga) : Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu atau bayi mengapa perlu dilakukan rujukan. Jelaskan kepada mereka alasan dan tujuan untuk dirujuk ke fasilitas yang lebih memadai.
- 4) S (Surat) : Berikan surat tempat rujukan untuk mengetahui kondisi ibu dan bayi, serta cantumkan alasan mengapa dilakukan rujukan.
- 5) O (Obat) : Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ataupun bayi ke tempat rujukan.
- 6) K (Kendaraan) : Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu maupun bayi.
- 7) U (Uang) : Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang nantinya diperlukan.
- 8) DA (Do'a) : Beritahu keluarga untuk selalu memohon doa agar diberi kelancaran dalam melakukan rujukan (APN,2008)

I. 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.
- b) 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.

J. Patograf

1. Partograf

Partograf adalah alat yang dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dan penatalaksanaan (Saifudin, 2009:87). Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang rencanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis tindakan

sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:95)

- a) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit
- b) Air ketuban dicatat melakukan pemeriksaan vagina:

U : Selaput utuh

J : Selaput pecah, air Ketuban Jernih

M : air ketuban bercampur meconium

D : air ketuban bernoda darah. (Saifudin, 2009:87)

K : tidak ada cairan ketuban/kering. (Manuaba, 2010:95)

- c) Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase) :

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

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

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

3 : Tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

- d) Pembukaan mulut rahim (serviks) dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (X) (Saifuddin, 2009:88)

- e) Penurunan, mengaju pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).

- f) Waktu dan jam , menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima
- g) Kontraksi uterus. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan :
1. Berikan titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
 2. Beri garis-garis dikotak-yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
 3. Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010:89)
- h) Oksitosin. Bila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per voleme cairan infus dan dalam tetesan per menit (Saifuddin, 2009:87)
- i) Obat-obatan lain dan cairan IV. Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan I.V. dalam kotak yang sesuai. (Saifuddin, 2010:89).
- j) Nadi , tekanan darah dan temperatur tubuh ibu. Angka sebelah kiri partogram berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.
- 1) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.

- 2) Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
 - 3) Catat temperatur tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai.
- k) Protein, aseton dan volume urin. Catat setiap kali ibu berkemih
(Saifuddin, 2009:88)

K. Kebutuhan Ibu Bersalin

Menurut Rohani (2011:67) ada lima kebutuhan wanita bersalin yang dijelaskan sebagai berikut :

1. Menjaga kebersihan diri dengan cara menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya tetap bersih dan kering. Mandi di bak/*shower* dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai, dan merasa sehat.
2. Berendam, berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan
3. Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya nafasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokkan kering terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral dan tanpa perawatan mulut. Perawatan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :
 - a) Menggosok gigi
 - b) Mencuci mulut

- c) Pemberian gliserin
- d) Pemberian permen untuk melembabkan mulut dan tenggorokkan.

4. Pengipasan

Ibu tersalin biasanya banyak mengeluarkan keringat, bahkan pada ruang bersalin dengan kontrol suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada beberapa waktu tertentu.

5. Kehadiran seorang pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi kebanyakan ibu bersalin sulit untuk mengemukakan pernyataan secara langsung pada penolong persalinan pada saat bersalin. Kehadiran seorang pendamping memungkinkan penolong ibu bersalin untuk memiliki rasa percaya diri lebih besar untuk bertanya secara langsung atau melalui pendamping tersebut.

6. Pengurangan rasa nyeri

Nyeri dalam persalinan dapat dikendalikan dengan 2 metode, yaitu farmakologis dan nonfarmakologis

- a) Metode pengendalian nyeri persalinan secara farmakologis yaitu dengan menggunakan obat sedative (misalnya golongan barbiturat) dan opioid (misalnya morfin).

b) Metode pengendalian nyeri persalinan secara nonfarmakologis bisa dilakukan dengan jalan kompres panas, kompres dingin, hidroterapi, *counterpressure* (peremasan pada kedua pinggul), penekanan lutut, menggerak-gerakkan tubuh secara berirama, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, usapan di punggung atau abdomen, pengosongan kandung kemih.

7. Penerimaan terhadap sikap dan perilakunya

Asuhan yang harus diberikan adalah pemberian dukungan mental dan penjelasan kepada ibu bahwa rasa sakit yang ia alami selama persalinan merupakan suatu proses yang harus dilalui dengan diharapkan ibu tenang dalam menghadapi persalinan.

8. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman

Setiap ibu bersalin selalu ingin mengetahui apa yang terjadi pada tubuhnya. Dalam menghadapi hal itu kita bisa memberikan penjelasan kepada ibu tentang proses dan perkembangan persalinan, menjelaskan semua hasil pemeriksaan, melakukan usaha pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut, serta menjelaskan tentang prosedur dan adanya pembatasan, hal ini memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif (Rohani, 2011:22)

L. Perubahan Fisiologi Persalinan

Selama persalinan terjadi perubahan fisiologi pada ibu. perubahan fisiologi persalinan kala I diantaranya :

1. Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aereob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut jantung dan cairan yang hilang (Ilah Sursilah,2010:15).

2. 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 diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut, dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Ilah Sursilah, 2010:16).

3. Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah persalinan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C, yang

mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Ilah Sursilah,2010:17)

4. Frekuensi nadi (curah jantung)

Penurunan yang mencolok selam puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Ilah Sursilah,2010:17).

5. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (Ilah Sursilah, 2010 :18).

6. Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang selama kehamilan. Sedikit proteinuria (renik,1+) umum ditemukan pada sepertiga samapai setengah jumlah

wanita bersalin. Protenuria 2+ dan lebih adalah data yang abnormal (Ilah Sursilah,2010:19).

7. Perubahan pada saluran cerna

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dilambung tetap seperti biasa. Makanan yang diingesti selama periode menjelang persalinan atau masa prodmoral atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan (Ilah Sursilah,2010:20).

8. Ketuban

Ketuban akan pecah secara sendirinya, ketika pembukaan sudah lengkap atau hampir lengkap. Tidak jarang ketuban harus dipecahkan ketika pembukaan sudah lengkap (Sulistyawati,2010:66).

9. Uterus

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus melebar sampai ke bawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (*fondal dominan*), kontraksi uterus berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus (Nugraheny,2010:63).

10. Serviks

a) Penipisan serviks (*effacement*)

Berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Seiring dengan bertambahnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis, panjangnya serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah. Dengan dimulainya persalinan, panjang serviks berkurang secara teratur sampai menjadi sangat pendek (hanya beberapa mm)

(Nugraheny,2010:64-65).

b) Dilatasi

Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka berikutnya adalah pembukaan. Serviks membuka disebabkan daya tarik otot uterus ke atas secara terus menerus saat uterus berkontraksi (Sulistyawati,2010:65).

M. Masalah Persalinan

1. Persalinan lama

Fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung selama 12 jam/lebih tanpa kelahiran bayi. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf. Persalinan lama disebabkan oleh beberapa faktor:

- a) Kecemasan dan ketakutan
- b) Pemberian analgetik yang kuat atau pemberian analgetik yang terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anestesi sebelum fase aktif
- c) Abnormalitas pada tenaga ekspulsi
- d) Abnormalitas pada panggul
- e) Kelainan pada letak dan bentuk janin (Purwoastuti dkk, 2015: 47).

2. Partus presipitatus

Partus presipitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus presipitatus sering berkaitan dengan solusio plasenta (20%) aspirasi mekonium, perdarahan post partum, pengguna cocain, apgar score rendah. Komplikasi maternal jarang terjadi jika dilatasi serviks dapat berlangsung secara normal. Bila servik panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan servik dan jalan lahir yang luas, emboli air ketuban (jarang), atonia uteri

dengan akibat HPP. Terjadi karena kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterine, trauma intracranial akibat tahanan jalan lahir (Purwoastuti dkk, 2015: 49).

3. Gawat janin

Bila DJJ <100 atau >160 kali per menit, lemah, tidak teratur, maka persalinan kala II perlu segera diakhiri dengan episiotomy dan tindakan seperti vakum ekstraksi, forcep atau SC (Kuswanti, 2017: 101-102).

4. Distosia

Distosia atau persalinan sulit ditandai dengan proses persalinan yang berjalan lambat. Jika persalinan tidak berjalan dengan normal, janin atau bayi yang baru lahir akan mengalami masalah. Distosia merupakan akibat dari 4 gangguan atau kombinasi antara:

- a) Kelainan tenaga persalinan. Kekuatan his yang tidak memadai atau tidak terkoordinasi dengan baik agar dapat terjadi dilatasi dan pendataran serviks (uterin disfunction) serta gangguan kontraksi otot pada kala II.
- b) Kelainan presentasi posisi dan perkembangan janin
- c) Kelainan pada tulang panggul (kesempitan panggul)
- d) Kelainan jaringan lunak dari saluran reproduksi yang menghalangi desensus janin (Asri dkk, 2012: 116).

5. Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali. Atonia uteri adalah kegagalan kontraksi otot rahim, yang menyebabkan pembuluh darah pada bekas implantasi plasenta terbuka sehingga dapat menimbulkan perdarahan, umumnya perdarahan karena atonia uteri terjadi dalam 24 jam pertama post partum.

Tanda dan gejala atona uteri adalah:

- a) Uterus tidak berkontraksi
- b) Uterus terasa lembek
- c) Perdarahan segera setelah anak lahir
- d) Terdapat tanda-tanda syok seperti nadi cepat dan lemah, tekanan darah yang rendah, pucat, keringat atau kulit terasa dingin dan lembab, pernapasan cepat, gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran, urine yang sedikit (Kuswanti dkk, 2017: 130).

6. Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus.

Klasifikasi retensio plasenta:

- a) Plasenta adhesifa adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis
- b) Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai sebagian lapisan miometrium
- c) Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai atau melewati lapisan miometrium
- d) Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan miometrium hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.

Manifestasi klinik:

- a) Perdarahan segar
- b) Uterus nerkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang
(Kuswanti dkk, 2017: 131).

7. Inversion uteri

Pada inversion uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri. Peristiwa ini jarang sekali ditemukan, terjadi tiba-tiba dalam kala III/segera setelah plasenta keluar. Menurut perkembangannya, inversion uteri dapat dibagi dalam beberapa tingkat, yaitu:

- a) Fundus uteri menonjol ke dalam kavum uteri, tetapi belum keluar dari ruang tersebut
- b) Korpus uteri yang terbalik sudah masuk ke dalam vagina
- c) Uterus dengan vagina, semuanya terbalik, untuk sebagian besar terletak dari luar vagina (Purwoastuti dkk, 2015: 59).

8. Emboli air ketuban

Emboli air ketuban adalah syok yang berat sewaktu persalinan selain oleh plasenta previa dapat disebabkan pula oleh emboli air ketuban. Emboli air ketuban merupakan salah satu penyebab syok disebabkan karena perdarahan. Masuknya air ketuban ke vena endosentrik/sinus yang terbuka di daerah tempat perlekatan plasenta. Gejala yang terjadi adalah:

- a) Gelisah
- b) Mual muntah disertai takikardi dan dispnea
- c) Sianosis
- d) TD menurun
- e) Nadi cepat dan lemah
- f) Kesadaran menurun
- g) Nistasmus dan kadang timbul kejang tonik klonik
- h) Syok (Purwoastuti, 2015: 61).

9. Letak muka

Letak kepala yang biasa (terbanyak) saat persalinan adalah letak ubun-ubun kecil. Jika letak kepalanya tidak normal maka

disebut malposisi. Salah satunya adalah letak muka. Pada letak muka, kepala dan leher janin hiperekstensi (tengadah) sehingga menyebabkan ubun-ubun kecil bayi mendekati atau menyentuh punggung. Letak atau presentasi muka adalah letak kepala dengan ekstensi maksimal (hiperekstensi), sehingga occiput (ubun-ubun kecil) mengenai punggung dan muka terarah ke bawah (penunjuknya adalah dagu atau mentum bayi). Janin dengan letak muka masih dapat dilahirkan melalui vagina apabila dagunya dianterior (Kuswanti dkk, 2017: 105).



Gambar 2.24

Mekanisme lahirnya kepala pada presentasi muka

Sumber: (Kuswanti dkk, 2017: 106).

10. Letak sungsang

letak sungsang adalah kehamilan dengan anak letak memanjang dengan bokong/kaki sebagai bagian terendah.

Klasifikasi:

- a) Letak bokong (frank breech)

Letak bokong dengan kedua tungkai terangkat ke atas

b) Letak sungsang sempurna (complete breech)

Letak bokong dimana kedua kaki ada di samping bokong (letak bokong kaki sempurna atau lipat kejang)

c) Letak sungsang tidak sempurna (incomplete breech)

Letak sungsang dimana selain bokong bagian yang terendah juga kaki atau lutut, terdiri dari:

- a) Kedua kaki : letak kaki sempurna
- b) Satu kaki : letak kaki tidak sempurna
- c) Kedua lutut : letak lutut sempurna
- d) Satu lutut : letak lutut tidak sempurna

(Kuswanti dkk, 2017: 107).

11. Gemeli

Jumlah kembar, kembar tiga, dan kelahiran ganda lainnya telah meningkat selama dua decade terakhir. Selama kehamilan, jumlah janin bisa dipastikan dengan ultrasonografi. Membawa lebih dari satu janin terlampaui meregangkan rahim, dan rahim yang terlampaui meregang cenderung mulai kontraksi sebelum kehamilan mencapai jangka waktu penuh. Akibatnya, bayi biasanya dilahirkan secara premature dan kecil. Pada kasus yang sama, rahim yang terlampaui meregang tidak dapat berkontraksi dengan baik setelah melahirkan, menyebabkan pendarahan pada wanita setelah melahirkan. Karena janin bisa jadi dalam berbagai posisi dan cara keluarnya, melahirkan secara normal

bisa jadi rumit. Juga, kontraksi pada rahim setelah melahirkan pada bayi pertama bisa memotong plasenta pada sisa bayi. Akibatnya, bayi tersebut yang keluar setelah bayi pertama lebih mengalami masalah selama melahirkan dan setelahnya. Untuk alasan ini, dokter bisa memutuskan selanjutnya bagaimana untuk melahirkan bayi kembar: secara normal atau dengan operasi sesar. Kadang kala, bayi kembar yang pertama dilahirkan secara normal, tetapi operasi sesar lebih aman untuk bayi kembar kedua. Untuk kembar tiga atau kelahiran ganda lainnya, dokter biasanya melakukan operasi sesar (Asri dkk, 2012: 126).

12. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah sebelum waktunya atau sering disebut ketuban pecah dini (KPD) atau ketuban pecah premature (KPP) adalah keluarnya cairan dari jalan lahir atau vagina sebelum proses persalinan.

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

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (Puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali

seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu.(Sulistyawati, 2009:56)

Masa nifas (*puerperium*) menurut Rustam Mochtar adalah masa pulih kembali yang dimulai dari persalinan selesai sampai alat –alat kandungan kembali seperti prahamil yang lamanya 6 – 8 minggu. (Syafudin, 2009:66)

B. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk :

1. Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi
2. Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu
3. Merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli bilamana perlu
4. Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu, serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus
5. Imunisasi ibu terhadap tetanus
6. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak (Sulisyawati, 2009:57)

C. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Maritalia, 2012:15) masa nifas dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Puerperium dini

Merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan – jalan. Ibu yang melahirkan per vagina

tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2. Puerperium intermedial

Suatu masa pemulihan dimana organ – organ reproduksi secara berangsur – angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari.

3. Remote puerperium

Rentang waktu remote puerperium berada untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

D. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a) Uterus

Uterus yang pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi kira – kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr (11 sampai 12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus berada di dalam panggung sejati lagi. Dan pada minggu ke enam, beratnya menjadi 50 sampai 60 gr.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

1) Iskema Mometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi

2) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uteri hal tersebut disebabkan penurunan hormone estrogen dan progesterone.

3) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uteri sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus (Rini, 2016:20)

Tabel : 2.7
perubahan uterus masa nifas

No	Waktu involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diame ter Uterus	Palpasi Serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi Pusat	1.000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu Minggu	Peretengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2cm
4.	Dua Minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 gram	5 cm	1cm
5.	Enam Minggu	Bertambah keci	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : Kumalasari, 2015

b) Involusi tempat plasenta

Tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira – kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1 – 2 cm. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus.

c) Perubahan Muskuloskeletal (Ligamen)

Ligamen – ligamen dan diafragma pelvis serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur – angsur menciut kembali seperti sediakala. Adaptasi system musculoskeletal pada masa nifas meliputi : Dinding perut dan peritoneum, kulit abdomen, striae, perubahan ligamen, simpisis pubis. Dinding perut akan longgar pasca persalinan, keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu.

d) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama – sama uterus. Perubahan – perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah serviks yang akan menyangga seperti corong. Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir – pinggirnya tidak rata tetapi retak – retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir

minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis.

e) Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Rini,2016:20)

Karakteristik lochea dalam masa nifas sebagai berikut :

1) Lochea rubra

Timbul pada hari 1 – 2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa – sisa selaput ketuban, sel – sel desidua, sisa – sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

2) Lochea Sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

3) Lochea Serosa

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum

4) Lochea alba

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih. (Maritalia, 2012:17)

Tabel 2.8
Macam-macam Lochea

Lokhea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Nugroho, dkk 2014:98).

f) Perubahan pada vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6 – 8 minggu postpartum. Penurunan hormone estrogen pada masa postpartum berperan dalam penapisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan kembali terlihat sekitar minggu ke 4 (Kumalasari, 2015:25)

g) Perubahan tanda – tanda vital

1) Suhu

Satu hari (24 jam) *postpartum* suhu badan akan meningkat sedikit 37,5 - 38°C sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat.

3) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada *postpartum* dapat menandakan terjadinya preeklamsi *postpartum*

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi (Rini, 2016:21)

h) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

1) Volume darah

Pada minggu ke 3 dan ke 4 setelah bayi lahir volume darah biasanya menurun karena pada persalinan pervagina kehilangan darah sekitar 300 – 400 cc.

2) Curah jantung

Setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahwa lebih tinggi selama 30 – 60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkuit uteroplasenta tiba –tiba kembali ke sirkulasi umum.

3) Sistem hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan fiksositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum.

i) Perubahan sistem pencernaan

1. Nafsu makan

Kerap kali dalam pemulihan nafsu makan, diperlukan 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Biasanya asupan makan mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

2. Motilitas

Penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir.

3. Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2 – 3 hari setelah ibu melahirkan. Disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa *postpartum*.

j) Perubahan sistem perkemihan

Mengeluarkan sisa metabolisme, racun dan zat toksin. Ginjal mengekskresi hasil akhir metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama : urea, asam urat, dan kreatinin.

1) Sistem Urinarius

Penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama masa *postpartum*. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan

2) Diuresis Postpartum

Diuresis pascapartum yang disebabkan oleh penurunan kadar estrogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. (Rini, 2016:32)

E. Perubahan Psikologi pada Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin dalam (Pitriani, 2014:33)

diantaranya :

1. Periode Taking In (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
 - a) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
 - b) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
 - c) Ibu akan mengulangi pengalaman – pengalaman waktu melahirkan
 - d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
 - e) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
2. Periode Taking on/ Taking hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
 - a) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
 - b) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh
 - c) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan menggantikan popok

- d) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi
- e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya

3. Periode Letting Go

- a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga
- b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan social.

F. Jadwal Kunjungan Rumah

1. Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu :
 - a) Pertama : 6 jam – 3 hari setelah melahirkan
 - b) Kedua : Hari ke 4 – 28 hari setelah melahirkan
 - c) Ketiga : Hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan
2. Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi :
 - a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
 - b) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan, dan nadi
 - c) Pemeriksaan lochea dan perdarahan
 - d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
 - e) Pemeriksaan kondisi rahim dan tinggi fundus uteri
 - f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif

- g) Pemberian Kapsul Vit A
- h) Pelayanan kontraksi pasca persalinan
- i) Konseling
- j) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
- k) Memberikan nasihat yaitu :
 - 1) Makan – makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah – buahan
 - 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari
 - 3) Menjaga kebersihan diri, terdapat kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin
 - 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
 - 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi
 - 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan
 - 7) Perawatan bayi yang benar
 - 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress

- 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga
- 10) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan (Kemenkes RI Buku KIA, 2015:26)

G. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

1. Energi

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama *postpartum* mencapai 500 kkal. Efisiensi konvensi energy yang terkandung dalam makanan menjadi energi susu sebesar rata-rata 80% dengan kisaran 76 – 94% sehingga diperkirakan besaran energy yang diperlukan untuk menghasilkan 100 cc susu sekitar 85 kkal.

2. Protein

Ibu membutuhkan tambahan protein diatas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1,2 gram protein. Dengan demikian 830 cc ASI mengandung 10 gram protein.

3. Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Ambulasi dini tidak dibenarkan pada pasien dengan penyakit anemia, jantung, paru –

paru, demam, dan keadan lain yang masih membutuhkan istirahat.

(Sulistyawati, 2009:47)

4. Eliminasi

Bidan harus mengobservasi adanya distensi abdomen dengan memalpasi dan mengauskultasi abdomen, terutama pada post seksio secaria. Berkemih harus terjadi dalam 4 – 8 jam pertama minimal sebanyak 200 cc. (Bahiyatun, 2013:37)

5. Kebersihan diri

Keletihan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu *postpartum* masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya. Sehingga bidan harus memberikan motivasi tanpa mengurangi keaktifan ibu untuk melakukan *personal hygiene* secara mandiri.

6. Istirahat

Ibu *postpartum* sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Selain itu, pasien juga perlu diingatkan untuk selalu tidur siang atau beristirahat selagi bayinya tidur. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.

(Sulistyawati, 2009:47)

7. Seksual

Secara fisik, sman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. (Sulistyawati, 2009:47)

8. Latihan (Senam Nifas)

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, bila ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya, hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh.

Beberapa faktor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain :

- a) Tingkat kebugaran tubuh ibu
- b) Riwayat persalinan
- c) Kemudahan bayi dalam pemberian asuhan
- d) Kesulitan adaptasi post partum

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut :

- a) Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
- b) Mempercepat proses involusi uteri
- c) Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut, dan perineum
- d) Memperlancar pengeluaran lokhea

- e) Membantu mengurangi rasa sakit
- f) Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan
- g) Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas

Manfaat senam hamil antara lain :

- a) Membantu memperbaiki sirkulasi darah
- b) Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan
- c) Memperbaiki otot tonus, pelvis dan peregangan otot abdomen
- d) Memperbaiki dan memperkuat otot panggul
- e) Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca melahirkan

Senam nifas dilakukan pada saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi atau penyulit masa nifas atau diantara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah :

- a) Mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga
- b) Minum banyak air putih
- c) Dapat dilakukan ditempat tidur
- d) Dapat diiringi musik

- e) Perhatikan keadaan ibu (Nugroho, dkk 2014:143-144).

H. Tanda Bahaya Ibu Nifas

Menurut Bahiyatun (2009:38) tanda – tanda nifas sebagai berikut :

1. Perdarahan per vagina yang luar banyak atau yang tiba – tiba bertambah banyak
2. Pengeluaran per vagina yang baunya menusuk
3. Rasa sakit bagian bawah abdomen atau punggung
4. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati atau masalah penglihatan
5. Pembengkakan diwajah atau tangan
6. Demam, muntah, rasa sakit waktu buang air kecil atau merasa tidak enak
7. Payudara yang berubah merah, panas, dan terasa sakit
8. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
9. Rasa sakit, merah, nyeri tekan dan pembekakan kaki
10. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau diri sendiri
11. Merasa sangat letih atau nafas terengah – engah

I. Fisiologi Laktasi

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

1. Produksi ASI (Prolaktin)

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

sekresi ASI. Pada proses laktasi terdapat dua reflek yang berperan, yaitu refleksi prolaktin dan refleksi aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu dikarenakan hisapan bayi.

Akhir kehamilan hormone prolaktin memegang peranan untuk membuat kolosterum, tetapi jumlah kolosterum terbatas dikarenakan aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang masih tinggi. Pasca persalinan, yaitu saat lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesterone juga berkurang. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik.

Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui mendulla spinalis hipotalamus dan akan menekan pengeluaran faktor penghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor pemacu sekresi prolaktin. Faktor pemacu prolaktin sekresi prolaktin akan merangsang hipofise anterior sehingga keluar prolaktin. Hormone ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu.

Kadar prolaktin pada ibu menyusui akan menjadi normal tiga bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walau ada hisapan bayi, namun pengeluaran air susu tetap berlangsung. Pada ibu

nifas yang tidak menyusui, kadar prolaktin akan menjadi normal pada minggu 2 sampai 3.

Bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh hipofise anterior, rangsangan yang berasal dari hisapan bayi dilanjutkan ke hipofise posterior (neurohipofise) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini menuju uterus sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah diproduksi keluar alveoli dan masuk ke sistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus lactiferous masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang meningkatkan let down adalah melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi. Faktor-faktor yang menghambat reflek let down adalah stress seperti keadaan bingung/pikiran kacau, takut dan cemas.

Refleks yang penting dalam mekanisme hisapan bayi yaitu refleks menangkap (rooting refleks), refleks menghisap (sucking refleks), refleks menelan (swallowing refleks).

a) Refleks Menangkap (Rooting Refleks)

Refleks ini timbul saat bayi baru lahir tersentuh pipinya dan bayi akan menoleh ke arah sentuhan. Bila bibir bayi dirangsang dengan papilla mammae atau jari, maka bayi akan membuka mulut dan berusaha menangkap puting susu.

b) Refleks Menghisap (Sucking Refleks)

Refleks ini timbul apabila langit-langit mulut bayi tersentuh oleh puting. Agar puting mencapai palatum, maka sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi. Dengan demikian sinus laktiferus yang berada di bawah areola, tertekan antara gusi, lidah dan palatum sehingga ASI keluar.

c) Refleks Menelan (Swallowing Refleks)

Refleks ini timbul apabila mulut bayi terisi oleh ASI, maka ia akan menelannya.

2. Pengeluaran ASI (Oksitosin)

Apabila bayi disusui, maka gerakan menghisap yang berirama akan menghasilkan rangsangan saraf yang terdapat pada glandula pituitaria posterior sehingga mensekresi hormon oksitosin. Hal ini menyebabkan sel-sel mioepitel di sekitar alveoli akan berkontraksi dan mendorong ASI masuk kedalam pembuluh ampula. Pengeluaran oksitosin selain dipengaruhi oleh hisapan bayi, juga oleh reseptor yang terletak pada duktus. Bila duktus melebar, maka secara reflektoris oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis (Dewi, 2012:10)

J. Pelayanan Kunjungan Ulang Nifas di Era Pandemi

Kemendes RI (2020) mengeluarkan anjuran mengenai pelayanan kunjungan ulang nifas di eras 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 *Covid-19* baik dari petugas, ibu maupun keluarga
4. Apabila ibu dengan dugaan positif *Covid-19* ingin merawat bayinya sendiri maka segala upaya harus dilakukan untuk memastikan bahwa ia telah menerima informasi lengkap dan memahami potensi resiko terhadap bayinya
5. Pelayanan KB dilakukan sesuai jadwal

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi baru lahir

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstra uterin. Tiga factor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. (Yeyeh, 2010:5)

B. Ciri – ciri bayi baru lahir

Ada beberapa ciri – ciri bayi baru lahir diantaranya :

1. Berat badan : 2500 – 4000 gr
2. Panjang badan : 48 – 52 cm

3. Lingkar kepala : 33 – 35 cm
4. Lingkar dada : 30 - 38 cm
5. Detak jantung : 120 – 140x/menit
6. Pernafasan : 40 – 60 x/menit (Wagiyo, 2016:4)
7. Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
8. Rambut lanugo tidak terlihat
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genetalia, pada perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora. Sedangkan laki – laki testis sudah turun ke skrotum
11. Reflek isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Reflek moro atau gerak memeluk jika dikagetkan sudah baik
13. Reflek grasp atau menggenggam sudah baik
14. Eliminasi baik, mekonium keluar dalam 24 jam pertama mekonium berwarna hitam kecoklatan (Tando Naomy, dkk, 2018:14)

C. Proses Bayi Baru Lahir

Menurut Armini (2017:10) ada beberapa proses bayi baru lahir diantaranya :

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

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat *sianosis* atau *akrosianosis*. Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat untuk

memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Bayi sering disusui selama periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit.

2. Fase Tidur (*Period of unresponsive sleep*)

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat pernafasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar uteri.

1. Periode Reaktivitas II (*The second period of reactivity*) Transisi Ke III)

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulasi lingkaran. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Pemberian makan awal penting dalam mencegah *hipoglikemia* dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning.

D. Penilaian APGAR

Penilaian APGAR didasarkan pada lima aspek yaitu usaha bernafas, frekuensi jantung, reaksi terhadap rangsangan, tonus otot, dan warna kulit. Tes APGAR dilakukan dua kali pada menit pertama

dan menit ke lima setelah bayi lahir. Tes ini memberikan skor 0 sampai 2 pada setiap pemeriksaan. Nilai 0 untuk keadaan yang buruk, nilai 1 berarti normal, dan 2 berarti baik. (Yunisa, 2010:21)

Tabel 2.9
Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
Pulse rate (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
Grimace (reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (grimace)	Batuk/bersin
Activity (Tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakkan aktif
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : (Prawirohardjo, 2007:67)

Klasifikasi klinik nilai APGAR :

- a) Nilai 7-10 : bayi normal
- b) Nilai 4-6 : bayi asfiksi ringan-sedang
- c) Nilai 0-3 : bayi asfiksi berat

E. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

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

c) Neonatus lebih bulan (Postterm infant) : lebih dari 294 (42 minggu) atau lebih.

2. Berdasarkan berat lahir

a) Neonatus berat lahir rendah : kurang dari 2500 gram

b) Neonatus berat lahir cukup : antara 2500 sampai 4000 gram

Neonatus berat lahir lebih : lebih dari 4000 gram

c) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :

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

2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan

(SMK/KMK/BMK). (Muslihatun, 2010:27).

F. Perubahan Fisiologi Bayi baru lahir

1. Sistem pernafasan

Saat kepala melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba – tiba setelah bayi lahir. Menyebabkan cairan yang ada di dalam paru – paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabdopsi. Tekanan intratoraks yang negative disertai dengan aktivasi napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru – paru. Setelah beberapa kali nafas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan nafas pada

trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. (Sulistyawati, 2010:44)

2. Perubahan Sirkulasi

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya. Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat di klem adalah peningkatan tekanan pembuluh darah dan tarikan nafas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari nafas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah paru berelaksasi dan terbuka sehingga paru – paru menjadi sistem bertekanan rendah. (Sulistyawati, 2010:25)

3. Perubahan Termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Ada tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi

- 1) Luasnya permukaan tubuh bayi
- 2) Pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna

- 3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas. (Sulistyawati. 2010:25)
4. Adaptasi suhu tubuh

Ada empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya yaitu:

a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke obyek lain melalui kontak langsung).

b) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang bergantung pada kecepatan dan suhu udara).

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara dua obyek yang mempunyai suhu berbeda).

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembapan udara, dan aliran udara yang melewati. Apabila BBL dibiarkan dalam suhu

kamar 15°C maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi, dan evaporasi yang besarnya 200 kg/BB, sedangkan yang dibentuk hanya persepuluhan saja. Agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka hal yang dilakukan adalah:

- 1) Keringkan bayi secara seksama.
- 2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat.
- 3) Tutup kepala bayi.
- 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayi.
- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.
- 6) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat
(Lia & Vivian, 2011: 14).

5. Sistem Hati

Metabolisme karbohidrat, protein, lemak dan asam empedu. Hati juga memiliki fungsi ekskresi (aliran empedu) dan detoksifikasi obat/toksin. Bila menemukan bayi kuning lebih dari 2 minggu dan feses berbentuk dempul ada kemungkinan terjadi atresia bilier yang memerlukan operasi segera sebelum usia 8 minggu.

6. Sistem Neurologi

Bayi telah dapat melihat dan mendengarkan sejak baru lahir. Sehingga membutuhkan stimulasi suara dan penglihatan. Setelah lahir jumlah dan ukuran sel saraf tidak bertambah. Pembentukan sinaps terjadi secara progresif sejak lahir sampai usia 2 tahun. Golden Period mulai trimester III sampai usia 2 tahun, penambahan ukuran kepala (saat lahir rata – rata 36 cm usia 6 bulan 44 cm, usia 1 tahun 47 cm, usia 2 tahun 49 cm, usia 5 tahun 51 cm, dewasa 56 cm), saat lahir bobot otak 25% dari berat dewasa, usia 6 bulan hampir 50%, usia 2 tahun 75%, usia 5 tahun 90% dan usia 10 tahun 100%. (Deslidel dkk, 2012:45)

7. Perubahan Imun

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi, perlindungan dari membrane mukosa, fungsi saringan saluran nafas, perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung, kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing.

8. Perubahan Gastrointestinal

Janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflex muntah dan reflex batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik

pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas. Hubungan antara esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan. (Sulistyawati, 2010:35)

G. Reflek Pada Bayi Baru Lahir

Refleks yaitu suatu gerakan yang terjadi secara otomatis dan spontan tanpa disadari pada bayi normal. Beberapa refleks pada bayi baru lahir meliputi:

1. Rooting refleks; yaitu refleks mencari puting susu.
2. Suckling refleks; yaitu refleks menghisap areola puting susu tertekan dagu bayi, lidah dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI.
3. Swallowing refleks; yaitu refleks menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.
4. Moro refleks; refleks yang timbul diluar kemauan? Kesadaran bayi.
5. Grasping refleks; bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi, maka jari-jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat.

6. Tonik neck refleksi; yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal.
7. Stapping reflek; reflek kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada satu dasar maka bayi seolah-olah berjalan.
8. Startle reflek; reaksi emosional berupa hentakan dan gerakan seperti mengejang pada lengan dan tangan dan seiring diikuti dengan tangisan. (Rukiyah,2010:24)
9. Babinsky reflek; gerakan jari sepanjang telapak kaki (Dewi,2011:15)

H. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali/ menit, retraksi dada saat inspirasi
2. Suhu terlalu panas lebih atau pucat, memar atau sangat kuning (Terutama pada 24 jam pertama)
3. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah,mengantuk berlebihan, banyak muntah)
4. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
5. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.
6. Meconium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, faeses hijau/berlendir/darah.

7. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang.
8. Menangis terus menerus
9. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan. (Muslihatun, 2010:32)

I. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

1. Makan/minum

ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi, yang mengandung zat gizi sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas dan kuantitas. ASI diberikan sesuai keinginan bayi, biasanya bayi akan merasa lapar setiap 2-4 jam. Jangan berikan susu formula sebelum bayi berusia 6 bulan (Shakina, 2013:22).

2. Eliminasi

Pada masa bayi, buang air besar/kecil merupakan proses involunter tanpa kontrol. Kapan dan dimana saja dapat berkemih/defekasi. Bayi biasanya mulai berkemih dalam 48 jam pertama kehidupan. Penting bagi bidan untuk mencatat kapan bayi berkemih pertama kali setelah kelahiran. Keluarnya urine sangat bervariasi bergantung pada usia gestasi, asupan cairan dan larutan, kemampuan ginjal dalam mengonsentrasikan, dan peristiwa prenatal. Keluaran urine meningkat selama periode neonatal, misalnya bayi yang mendapat ASI mengeluarkan urine 20cc selama 24 jam pertama, kemudian meningkat menjadi 200cc pada hari ke-

10. Biasanya urine dikeluarkan secara teratur dalam jumlah sedikit, dan ada minggu kedua kehidupan bayi dapat membasahi popok. Dalam sehari bayi biasanya buang air besar antara 1-3 kali sehari. Yang perlu diperhatikan bidan adalah bayi buang air besar maupun air kecil bayi harus segera dibersihkan untuk mengurangi resiko lecet dan ruam popok pada kulit (Deslidel, 2012:30).

3. Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam. Pada umumnya bayi bangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangan yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Sulistyowati, 2013:21).

4. Kebersihan kulit

Kebersihan kulit bayi perlu benar-benar dijaga. Walaupun mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan setiap hari, tetapi bagian-bagian seperti muka, bokong, dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur. Sebaiknya orang tua maupun orang lain yang ingin memegang bayi diharuskan untuk mencuci tangan terlebih dahulu (Dewi, 2013:32).

5. Keamanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekali pun meninggalkan bayi tanpa ada yang mengganggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apapun kemulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan ditempat tidur bayi (Dewi, 2013:15).

J. Komplikasi pada Bayi Baru Lahir

1. Asfiksia

Asfiksia pada bayi baru lahir atau asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir. Asfiksia dapat mengakibatkan kematian dan diperkirakan satu juta anak yang bertahan setelah mengalami asfiksia saat lahir kini hidup dengan morbiditas jangka panjang seperti cerebral palsy retardasi mental, dan gangguan belajar faktor-faktor risiko terjadinya asfiksia neonatorum adalah faktor ibu, faktor plasenta, faktor janin, dan faktor persalinan. (Rahma, 2014:16)

2. Gangguan nafas

Kegawatan nafas pada neonates merupakan masalah yang dapat menyebabkan henti nafas bahkan kematian sehingga dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada bayi baru lahir. Banyak factor resiko kegawatan nafas neonates baik factor bayi, ibu, tali pusat, plasenta dan persalinan. (Marfuah, 2013:24)

3. Hipotermi/hipertermi

Bayi baru lahir kehilangan panas empat kali lebih besar dari pada orang dewasa, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan suhu. Pada 30 menit pertama bayi dapat mengalami penurunan suhu 3-40C. Pada ruanga dengan suhu 20-250C suhu kulit bayi turun sekitar 0,30C per menit. Penurunan suhu diakibatkan oleh kehilangan panas secara konduksi, konveksi, evaporasi dan radiasi. Kemampuan bayi yang belum sempurna dalam memproduksi panas maka bayi sangat rentan untuk mengalami hipotermia (Hutagaoul,2014:22)

Demam adalah suhu tubuh yang meningkat, dimana tubuh terasa panas dan suhunya naik sampai 38°C, sementara suhu normal berkisar 36,5°C-37,5°C, demam adalah meningkatnya temperatur tubuh secara abnormal.(Suriadi, 2006:13)

4. BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)

Bayi BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram tanpa memandang masa kehamilan. Penyebab terjadinya bayi BBLR secara umum bersifat multifaktorial. Namun, penyebab terbanyak yang mempengaruhi adalah kelahiran prematur (Sulistyorini, 2010:10).

5. Ikterus

Ikterus adalah suatu gejala yang sering ditemukan pada bayi baru lahir. Semua bayi baru lahir akan mengalami proses "menjadi kuning" yang disebut sebagai ikterus neonatorum. Ikterus yang

dialami oleh sebagian besar bayi baru lahir ini merupakan icterus yang fisiologis, memiliki derajat ringan, yang terjadi karena adanya peningkatan bilirubin bebas (indirect) di dalam darah neonates (Puspitosari, 2006:11)

6. Infeksi/sepsis

Sepsis neonatorum merupakan penyebab tersering dari perawatan di rumah sakit dan kematian neonatus baik di negara berkembang maupun Negara maju. Mikroba seperti bakteri Gram positif dan negatif, virus, parasit, serta jamur dapat menjadi faktor etiologi. Kami melaporkan kasus seorang bayi perempuan, aterm, yang lahir dengan seksio sesaria oleh karena gawat janin. Setelah lahir, bayi tidak langsung menangis, dan memperlihatkan gejala asfiksia. Faktor risiko sepsis neonatorum ialah ketuban pecah dini dan air ketuban berbau. Selain itu, ibu pasien menderita infeksi saluran kemih dan fluor albus pada saat hamil (Salendu, 2012:6)

7. Tetanus neonatorum

Tetanus neonatorum adalah penyakit yang disebabkan Clostridium tetani. Penyakit yang terjadi pada masa neonatal (bayi usia < 28 hari) masih merupakan penyebab utama kematian neonatal di Negara berkembang termasuk Indonesia. Penyakit ini merupakan kausa kedua kematian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Tantijati, 2006:7)

8. Kejang

Kejang adalah suatu disfungsi neurologis yang sering dijumpai pada neonatus. Masa Neonatal menghadapi risiko kejang lebih tinggi dibandingkan dengan periode kehidupan lain. Terkadang Pada neonates hanya didapatkan kejang sebagai tanda suatu disfungsi neurologis sehingga pemahaman mengenai kejang sangat penting (Effendi, 2013:12).

9. Cidera lahir

Menurut (Bobak, 2005:8) dalam Pratama, 2013:24 Kelainan Kongenital adalah suatu penyakit yang ada waktu lahir yang dapat disebabkan oleh faktor genetic atau lingkungan atau keduanya. Setiap tahun 250.000 bayi dilahirkan dengan gangguan struktur dan fungsional yang signifikan.

K. Kunjungan Neonatus

Pelayanan sesuai standar yang diberikan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus, sedikitnya tiga kali selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah yaitu :

1. Kunjungan 1 adalah kunjungan ke 1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah kelahiran
2. Kunjungan 2 adalah kunjungan ke 2 dilakukan pada kurun waktu 3-7 hari setelah kelahiran

3. Kunjungan 3 adalah kunjungan ke 3 dilakukan pada kurun waktu 8-28 hari setelah kelahiran (Kepmenkes RI, buku KIA 2015:40).

Jenis pemeriksaan:

1. Berat badan (kg)
2. Panjang badan (cm)
3. Suhu ($^{\circ}\text{C}$)
4. Tanyakan kepada ibu bayi sakit apa?
5. Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri:
 - 1) Frekuensi napas (kali/menit)
 - 2) Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
6. Memeriksa adanya diare
7. Memeriksa ikterus
8. Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI.
9. Memeriksa status pemberian vitamin K1
10. Memeriksa status imunisasi HB-0
11. Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK
 - a) Skrining hipotiroid congenital
 - b) Hasil test skrining hipotiroid congenital (SHK) -/+
 - c) Konfirmasi hasil SHK
12. Memeriksa keluhan lain

13. Memeriksa masalah/keluhan ibu
14. Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik).
15. Nama pemeriksa

(Kepmenkes, 2015: 40).

L. Penyuluhan Sebelum Bayi Baru Lahir Pulang

a. Perawatan Tali Pusat

Saat bayi dilahirkan, tali pusat (umbilikal) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya. Tapi saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernafas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali pusat tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali pusat yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa senti oleh dokter. Sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya. Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut :

- 1) Cuci tangan sampai bersih dengan sabun
- 2) Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai yang telah dibubuhi alkohol 70% lalu bersihkan sisa tali pusat terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut bayi).
- 3) Lakukanlah dengan hati-hati, apalagi bila pusat bayi masih berwarna merah.

- 4) Gunakan jepitan khusus dari plastik untuk “memegang” ujung tali pusarnya, agar lebih mudah dalam membersihkan dan melilitkan perbannya.
- 5) Rendam perban/kasa steril dalam alkohol 70% lalu bungkus sisa tali pusar. Usahakan agar seluruh permukaan hingga ke pangkalnya tertutup perban.
- 6) Lilitkan perban/kasa sedemikian rupa agar bungkusannya tidak terlepas. Pastikan tidak terlalu ketat, agar bayi tidak kesakitan.
- 7) Gunakan kain kasa untuk mengikat perban agar tetap pada tempatnya.

b. Pemberian ASI

Inisiasi dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusui pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anastesi yang diberikan ke ibu saat proses melahirkan. Pengalaman pertama bayi. Di jam-jam pertama, bayi akan relatif tenang, terjaga dan memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar mulut bayi hingga ia dapat “mengunci” dan menyusui dengan baik dan menyusui dengan

baik. Riset menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang diletakkan di perut ibu sesaat setelah ia lahir, akan mampu mencapai payudara ibu dan menyusu dengan baik dalam kurun waktu kurang dari 50 menit.

c. Jaga kehangatan bayi

Bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan diluar untuk membuat bayi tetap hangat. Menjaga kehangatan bayi baru lahir merupakan suatu hal yang sangat penting, dengan cara membungkus atau membedong bayi rapat-rapat dan kepalnya ditutup agar membantunya merasa aman dan hangat. Hal ini membuat bayi tidak lebih nyenyak dan lama jika mereka dibungkus. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermi) beresiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal. Jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti, mungkin akan mengalami hipotermia, meskipun berada dalam ruangan hangat.

Tujuan menjaga kehangatan :

- 1) Untuk mengurangi kehilangan panas tubuh
- 2) Membuat bayi merasa aman dan hangat
- 3) Membuat bayi tidur lebih nyenyak

d. Tanda-Tanda Bahaya

- 1) Tidak manyusu atau memuntahkan semua yang diminum.

Ini tanda bayi terkena infeksi berat.

2) Bayi kejang. Kejang pada bayi baru lahir kadang sulit dibedakan dengan gerakan normal. Jika melihat gejala-gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, mengisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki seperti mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau dielus, kemungkinan bayi kejang.

3) Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang.

4) Sesak nafas (60 kali permenit atau lebih) atau nafas 30 kali per menit atau kurang.

5) Bayi merintih.

6) Pusar kemerahan sampai dinding perut. Jika kemerahan sudah sampai dinding perut, tandanya sudah infeksi berat.

7) Demam (suhu tubuh bayi lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$) atau tubuh teraba dingin (suhu tubuh bayi kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$).

8) Mata bernanah banyak.

9) Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini tandanya bayi kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian.

10) Kulit bayi terlihat kuning. Kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada :

(a) Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir.

(b) Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.

(c) Kuning sampai ke telapak tangan atau kaki.

Bila ditemukan salah satu dari tanda-tanda bahaya tersebut di atas sebaiknya orangtua segera membawa bayi ke petugas kesehatan baik dokter maupun bidan.

e. Imunisasi

Setelah lahir, tubuh bayi belum punya daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi, tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan di rumah sakit setelah lahir.

1) Hepatitis B

Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver); berakhir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati. Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama. Diberikan minimal 3 kali dalam rentang waktu 6 bulan. Disuntikkan di paha. Diberikan tanpa memandang status ibu (pernah terinfeksi atau belum).

2) Polio

Mencegah terkena polio (poliomyelitis) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa juga terkena kedua kakinya). Menjelang pulang, ditetaskan

di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu.

Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obat.

3) BCG

Mencegah penyakit TB (tuberculosis). Menjelang pulang, disuntikkan di lengan atas. Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat “menjalar” misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi.

f. Perawatan Harian atau Rutin

Ajarkan orang tua cara merawat bayi mereka dan perawatan harian untuk bayi baru lahir.

1) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), mulai dari pertama.

2) Pertahankan agar bayi selalu dengan ibu.

3) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat, dan kering, dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan keperluan.

Pastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan ke dalam mulut bayi harus selalu bersih.

4) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

5) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi.

- 6) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi, dan minta bantuan jika perlu.
- 7) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit/infeksi.
- 8) Ukur suhu tubuh bayi, jika bayi tampak sakit atau menyusui kurang.

g. Pencegahan Infeksi

1) Infeksi

Infeksi yang terjadi pada bayi baru lahir ada dua yaitu : *early infection* (infeksi dini) dan *late infection* (infeksi lambat).

Disebut infeksi dini karena infeksi diperoleh dan si ibu saat masih dalam kandungan sementara infeksi lambat adalah infeksi yang diperoleh dari lingkungan luar, bisa lewat udara atau tertular dari orang lain. Beragam infeksi bisa terjadi pada bayi baru lahir seperti herpes, toksoplasma, rubella, CMV, hepatitis, eksim, infeksi saluran kemih, infeksi telinga, infeksi kulit, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dan HIV/AIDS.

Cara mengatasinya, infeksi herpes simpleks pada bayi yang baru lahir memang sangat mengkhawatirkan dan memberikan prediksi akibat yang buruk bila tidak segera diobati. Untungnya pengobatan selama ini mampu menurunkan angka kematian demikian juga mengah progresivitas penyakit berupa infeksi herpes pada susunan

saraf pusat atau infeksi diseminata (penyebaran tubuh kebagian tubuh lain). Tindakan terhadap bayi dari ibu penderita herpes genetalia dilakukan secara beragam, diantaranya ada rumah sakit yang menganjurkan isolasi. Selanjutnya pada bayi yang dilakukan pemeriksaan kultur virus, fungsi hati dan cairan serebrospinalis (otak). Selain pengawasan ketat selama bulan pertama kehidupannya.

Eksim popok dapat dicegah

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

Pelayanan Asuhan Bayi Baru Lahir tetap dapat dilakukan sebagaimana mestinya namun dengan catatan sebagai berikut:

1. Bayi baru lahir tetap mendapat pelayanan neonatal esensial saat lahir (0-6 jam) seperti pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, pemberian salep atau tetes mata antibiotic 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. Pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau kunjungan neonatal tetap dilakukan sesuai jadwal.

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian KB

Keluarga Berencana (KB) adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberi nasihat perkawinan, pengobatan, kemandulan, dan penjarangan kehamilan. KB merupakan salah satu usaha membantu keluarga/individu merencanakan kehidupan berkeluarganya dengan baik, sehingga dapat mencapai keluarga yang berkualitas. (Bahiyatun, 2009:84)

Keluarga berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 adalah upaya untuk peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Marmi, 2016:83)

B. Tujuan KB

Ada beberapa tujuan dari KB menurut (Jannah, 2018:66) diantaranya :

1. Pengaturan Kelahiran
2. Pendewasaan usia perkawinan
3. Peningkatan ketahanan serta kesejahteraan keluarga
4. Memperbaiki ketahanan serta kesejahteraan ibu, anak, keluarga, dan bangsa
5. Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa

6. Memenuhi permintaan masyarakat terhadap pelayanan KB dan KR yang berkualitas
7. Menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak

C. Sasaran Program KB

Menurut Handayani (2010:83), Sasaran program keluarga dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung.

1. Sasaran secara langsung adalah Pasangan usia subur (PUS) bertujua untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.
2. Sasaran tidak langsung adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga yang sejahtera.

D. Dampak Program KB

Dampak Program KB secara umum :

1. Penurunan angka kematian ibu dan anak.
2. Penanggulangan masalah kesehatan reproduksi
3. Peningkatan kesejahteraan keluarga.
4. Peningkatan derajat kesehatan, Peningkatan mutu dan layanan KB-KR.
5. Peningkatan sistem pengelolaan dan kapasitas SDM

6. Pelaksanaan tugas pimpinan dan fungsi manajemen dalam penyelenggaraan kenegaraan dan pemerintahan berjalan lancar (Marmi.2015:85).

E. Macam – macam KB

1. Metode Amenore Laktasi (MAL)

a) Pengertian MAL

Metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara Eksklusif, yang berarti bahwa ASI hanya diberikan tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya.

Metode amenore laktasi dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi jika :

- 1) Menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila diberikan minimal 8 kali sehari
- 2) Belum mendapat haid
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Jannah, 2018:24)

b) Cara kerja

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. (Marmi, 2016:86)

c) Efektivitas MAL

Efektivitas MAL sangat tinggi, hingga sekitar 98% jika digunakan dengan benar dan memenuhi persyaratan sebagai berikut :

- 1) Digunakan selama enam bulan
- 2) pertama setelah melahirkan
- 3) Belum mendapat haid pasca melahirkan dan menyusui (tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan)
- 4) Efektivitas metode ini juga sangat bergantung pada frekuensi menyusui (Jannah, 2018:25)

d) Indikasi

Metode amenorea laktasi dapat digunakan oleh :

- 1) Wanita yang menyusui secara eksklusif
- 2) Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan
- 3) Wanita yang belum mendapatkan haid pasca melahirkan
- 4) Dilakukan segera setelah melahirkan
- 5) Frekuensi menyusui sering dan tanpa jadwal
- 6) Pemberian ASI tanpa botol atau dot
- 7) Tidak mengonsumsi suplemen
- 8) Pemberian ASI tetap dilakukan baik ketika ibu/bayi sedang sakit

e) Kontraindikasi

- 1) Pasca melahirkan yang sudah mendapat haid
- 2) Tidak menyusui secara eksklusif
- 3) Bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam
- 4) Harus menggunakan metode kontrasepsi tambahan

- 5) Menggunakan obat yang mengubah suasana hati
- 6) Bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan (Marmi, 2016:87)

2. Kondom

a) Pengertian Kondom

Merupakan sarung karet yang dapat dibuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik, atau bahan alami yang dipakai pada penis saat berhubungan seksual. (Rahayu, 2017:11)

Gambar 2.25



Kondom

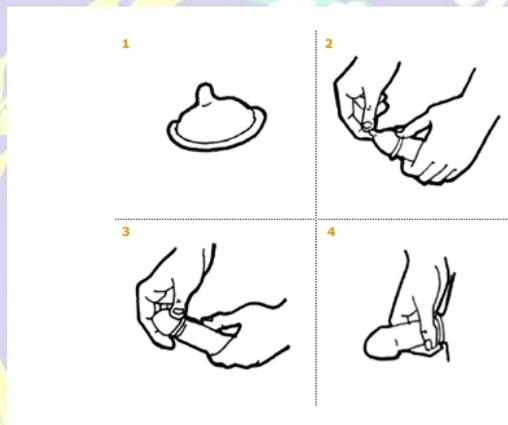
Sumber:Manuaba,2009:595

b) Macam-macam kondom:

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

c) Cara kerja :

- 1) Kondom menghalangi pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tecurah pada saluran reproduksi perempuan.
- 2) Mencegah penularan (IMS, HIV/AIDS, HBV) dari satu pasang ke pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan finil). (Affandi, 2012:MK-18)



Gambar 2.26

Cara pemakaian kondom Sumber : (Manuaba,2010:595)

d) Keuntungan

- 1) Efektif bila digunakan dengan benar
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI
- 3) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 4) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- 5) Mudah dan dapat di beli secara umum
- 6) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan khusus

e) Kerugian

- 1) Efektivitas tidak terlalu tinggi
- 2) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- 3) Agak mengganggu hubungan seksual
- 4) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- 5) Klienn malu untuk membeli kondom ditempat umum
- 6) Menimbulkan limbah karena membuang kondom sembarangan (Rahayu, 2017:22)

3. Diafragma

a) Pengertian Diafragma

Kap terbentuk bulat cembung, terbulat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. (Affandi, 2012:32)

b) Jenis Diafragma

- 1) *Flat spring* (diafragma pegas datar) : cocok untuk vagina normal dan disarankan untuk pemakaian pertama kali. Memiliki pegas jam yang kuat dan mudah dipasang
- b) *Coil Spring* (Diafragma pegas kumparan) : Cocok untuk wanita yang vaginanya kencang dan peka terhadap tekanan. Jenis ini memiliki pegas kumparan spiral dan jauh lebih lunak dari pegas datar.

c) Cara Kerja

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida (Mulyani, 2013:13)

d) Efektifitas

Efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual karena telah dipersiapkan sebelumnya, tidak juga mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistematis serta manfaat nonkontrasepsi. (Jannah, 2018:12)

e) Kekurangan

- 1) Efektifitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6 – 16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
- 2) Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penganggu
- 3) Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual
- 4) Pemeriksaan pelviks oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan
- 5) Pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran utera

6) Pasca 6 jam pasca berhubungan seksual, alat masih harus berada diposisinya (Affandi, 2012:35)

f) Kontraindikasi

- 1) Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi berisiko tinggi
- 2) Terinfeksi saluran uretra
- 3) Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina)
- 4) Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan
- 5) Ingin metode KB efektif

g) Indikasi

- 1) Tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal perokok, umur >35 tahun
- 2) Tidak menyukai menggunakan IUD
- 3) Menyusui dan perlu kontrasepsi
- 4) Memerlukan proteksi terhadap IMS
- 5) Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain (Mulyani, 2013:14)

h) Efek samping

- 1) Infeksi saluran uretra
- 2) Alergi diafragma atau spermisida
- 3) Rasa nyeri pada tekanan terhadap kandung kemih/rectum

- 4) Timbul cairan vagina dan berbau
 - 5) Luka dinding vagina akibat tekanan pegas diafragma
- (Jannah, 2018:14)

4. Spermidasida

a) Pengertian

Bahan kimia (biasanya non oksinol – 9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuhh sperma. Dikemas dalam bentuk :

- 1) Aerosol (Busa)
- 2) Tablet vagina, suppositoria, atau dissolvable film
- 3) Krim

b) Cara Kerja

Menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (Affandi, 2012:36)

c) Indikasi

- 1) Tidak perokok
- 2) Umur pasien tidak lebih dari 35 tahun
- 3) Tidak menyukai pengguna AKDR
- 4) Menyusui dan perlu kontrasepsi
- 5) Memerlukan proteksi terhadap IMS
- 6) Memerlukan metode sederhana sambil menentukan untuk menggunakan metode lain

d) Kontraindikasi

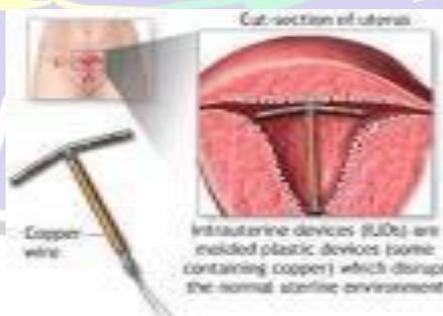
- 1) Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi beresiko tinggi
- 2) Terinfeksi saluran uretra
- 3) Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva atau vagina)
- 4) Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan
- 5) Ingin metode KB efektif (Jannah, 2018:16)

5. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

a) Pengertian

Bahan *inert sintetik* dengan atau tanpa unsur tambahan untuk sinergi efektivitas dalam berbagai bentuk yang dipasangkan ke dalam rongga rahim untuk menghasilkan efek kontrasepsi (Jannah, 2018:17)

1) Cooper - T



Gambar 2.27

Cooper- T

Sumber: (Imbarwati , 2009:25)

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

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

2) Multi load



Gambar 2.28

Multi load

Sumber: (Imbarwati, 2009:25)

IUD ini terbuat dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm. batangnya

diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm^2 atau 375 mm^2 untuk menambah efektivitas. Ada ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil), dan mini

3) Lippes loop



Gambar 2.29

Lippes loop

Sumber: (Imbarwati ,2009:25)

IUD ini terbuat dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan control, dipasang benang pada ekornya. Lippes loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru) tipe B 27,5 mm 9 (benang hitam) tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan 30 mm (tebal, benang putih) untuk tipe D. lippes loop mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan lain dari pemakaian spiral jenis ini ialah terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastic. Yang banyak di

pergunakan dalam program KB masional adalah IUD jenis ini. (Imbarwati, 2009:25)

c) Cara kerja

- 1) Menghambant kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii
- 2) Memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- 3) Mencegah pertemuan sperma dan ovum atau membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi (Bahiyatun, 2009:41)

d) Efektifitas AKDR

- 1) Efektifitas dari IUD dinyatakan pada angka kontinuitas (*continuationrate*) yaitu berapa lama IUD tetap tinggal in-uterio tanpa ekspulsi spontan. Terjadinya kehamilan dan pengangkatn/pengeluaran karena alas an – alas an medis atau pribadi.
- 2) Efektifitas dari bermacam – macam IUD tergantung pada ukuran, bentuk dan mengandung Cu atau Progesteron
- 3) *Use- Effectiveness* dari IUD tegantung pada variable administratif, pasien dan medis, termasuk kemudahan insersi, pengalaman pemasangan, kemungkinan ekspulsi dari pihak akseptor

e) Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi
- 2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat – ingat
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- 7) Tidak ada efek samping dengan Cu AKDR (Cu-380A)
- 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 9) Dapat di pasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus
- 10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir
- 11) Tidak ada interaksi dengan obat – obat
- 12) Membantu mencegah kehamilan ektopik (Affandi, 2012:38-39)

f) Kerugian

- 1) Pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi saluran
- 2) Perdarahan di antara haid
- 3) Setelah pemasangan, kram dapat terjadi dalam beberapa hari

- 4) Pasien tidak dapat mencabut sendiri
- 5) Tidak melindungi pasien terhadap PMS
- 6) IUD dapat keluar dalam melalui kanalis hingga keluar vagina
- 7) Haid semakin banyak, lama dan rasa sakit selama 3 bulan pertama pemakaian IUD dan berkurang setelah 3 bulan (Mulyani, 2013:15)

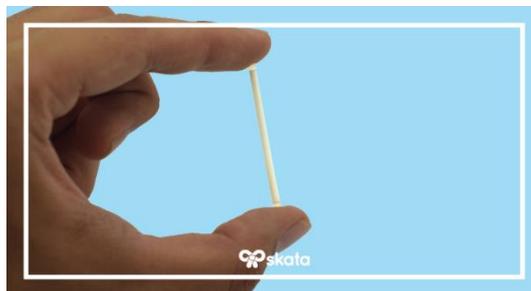
g) Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayi
- 6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- 7) Resiko rendah dari IMS
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal
- 9) Tidak menyukai untuk mengingat minum pil setiap hari
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1 – 5 hari sanggama

h) Kontraindikasi

- 1) Sedang hamil
 - 2) Perdarahan pervagina yang tidak diketahui
 - 3) Sedang menderita infeksi alat genitalia
 - 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik
 - 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
 - 6) Penyakit trofoblas yang ganas
 - 7) Kanker alat genitalia
 - 8) Ukuran rahim kurang dari 5 cm (Affandi, 2012:40)
- a) Efek Samping
- 1) Amenorea
 - 2) Kejang
 - 3) Perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur
 - 4) Benang yang hilang
 - 5) Adanya pengeluaran cairan dari vagina dicurigai adanya PRP (KKB, 2012: MK-87).

6. IMPLAN



Gambar 2.30

Kb susuk

Sumber: <https://skata.info/article/detail/143/jangan-bilang-sudah-tahu-kb-implan-sebelum-baca-ini>

a) Pengertian Implan

Metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. (Affandi, 2012:41)

b) Jenis – jenis kontrasepsi implan

1) Norplant

Terdiri atas enam batang silastik dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm dan berisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun.

2) Implanon

Terdiri atas inti Ethylene Vinyl Acetate (EVA) yang berisi 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya tiga tahun. (Jannah, 2018)

3) Jedana dan indoplant

Terdiri atas dua batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja tiga tahun

4) Uniplant

Terdiri atas satu batang putih silastik dengan panjang 4 cm, yang mengandung 38 mg nomegestrol asetat dan lama kerja satu tahun

5) Capronor

Kapsul ini mengandung levonorgestrel dan terdielei atas polimer E-kaprolakton. Mempunyai diameter 0,24 cm, terdiri atas dua ukuran panjang 2,5 cm mengandung 16 mg levonorgestrel, dan kapsul dengan panjang 4 cm yang mengandung 26 mg levonorgestral. (Jannah, 2018:17)

c) Cara kerja

Mekanisme kerjanya sebagai progesterone yang dapat menghalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lender servik dan menghalangi migrasi spermatozoa, dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi. (Manuaba, 2010:597)

d) Efektifitas

1) Menyebabkan lendir serviks menjadi kental

2) Mengganggu proses pembentukan endometrium, sehingga sulit terjadi implantasi

- 3) Mengurangi transportasi sperma
 - 4) Menekan ovulasi (Jannah, 2017:24)
- e) Indikasi
- 1) Usia reproduksi
 - 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
 - 3) Ibu menyusui
 - 4) Pasca keguguran / abortus
 - 5) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi)
 - 6) Wanita dengan kontraindikasi hormonestrogen
 - 7) Sering lupa mengonsumsi pil (Jannah, 2018:24)
- f) Kontraindikasi
- 1) Hamil/diduga hamil
 - 2) Perdarahan abnormal dari uterus yang belum diketahui diagnosisnya
 - 3) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
 - 4) Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi
 - 5) Diabetes mellitus
 - 6) Penyakit jantung dan hipertensi
 - 7) Varises berat
 - 8) Riwayat Mola hidatidosa (Marmi, 2016:154)

g) Keuntungan kontrasepsi implan

- 1) Di pasang selama lima tahun
- 2) Control medis ringan
- 3) Dapat dilayani didaerah pedesaan
- 4) Penyakit medis tidak terlalu tinggi
- 5) Biaya murah (Manuaba, 2010:597)

h) Kerugian

Menyebabkan perubahan pola menstruasi berupa bercak darah (*sputing*), hipermenorea, atau meningkatkan jumlah darah menstruasi, serta amenorea. Selain itu menimbulkan keluhan – keluhan seperti berikut : nyeri kepala, peningkatan berat badan, jerawat, perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (*nervousness*), membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan. (Marmi, 2016:157)

i) Efek samping

Amenorea, perdarahan bercak/spotting ringan, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi, berat badan naik/turun (Dewi,2013:191).

7. Vasektomi (MOP)

1) Pengertian

Metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin memiliki anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan

tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.(Affandi, 2012:55)

2) Efektivitas

1) Angka kegagalan –2,2% umumnya < 1%

2) Kegagalan vasektomi disebabkan oleh :

(a) Sangga yang tidak terlindung sebelum semen/ ejakulasi bebas sama sekali dari spermatozoa

(b) Rekanalisasi spontan dan vas deferens, umumnya terjadi setelah pembentukan granuloma spermatozoa

(c) Pemotongan dan oklusi struktur jaringan lain selama operasi

(d) Jarang : duplikasi congenital dari vas deferens (terdapat lebih dari 1 vas deferens pada satu sisi) seseorang yang telah mengalami vasektomi baru dapat dikatakan betul – betul steril jika telah mengalami 8 sampai 12 ejakulasi setelah vasektomi.

(Marmi, 2016:157)

3) Keuntungan

1) Teknik operasi yang sederhana dapat dikerjakan kapan saja

2) Komplikasi yang dijumpai sedikit dan ringan

3) Vasektomi akan mengalami klimakterium dalam suasana alami

- 4) Baik yang dilakukan pada laki – laki yang ingin punya anak
- 5) Vasektomi lebih murah dan lebih sedikit komplikasi dan sterilisasi tubulus
- 6) Tidak mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menikmati hubungan seksual. (Mulyani, 2016:30)

4) Kerugian

- 1) Cara ini tidak langsung efektif tapi memerlukan waktu sampai sperma menjadi negatif dalam analisa semen.
- 2) Diperlukan suatu tindakan operatif
- 3) Kadang – kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan/infeksi
- 4) Kontap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens, dikeluarkan.
- 5) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria

(Marmi, 2016:158)

5) Indikasi

- 1) Umur >37 tahun
- 2) Tidak ada ovulasi (atau ada masalah dari faktor ovarium

- 3) Suami oligospermia atau azospermia
 - 4) Keadaan kesehatan yang tidak baik, di mana kehamilan akan memperburuk kesehatan
 - 5) Tuberculosis genitalia interna
 - 6) Perlekatan organ –organ pelvik yang luas dan berat
 - 7) Infeksi pelvis yang masih aktif (Affandi, 2012:58)
- 6) Komplikasi vasektomi:
- 1) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan. Komplikasi selama prosedur dapat berupa komplikasi akibat keaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain atau manipulasi berlebihan terhadap nyaman pembuluh darah di sekitar vas deferens.
 - 2) Komplikasi pascatindakan dapat berupa hematoma skrotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi, epididimitis, atau peradangan kronik granuloma di tempat insisi. Penyulit jangka panjang yang dapat mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibodi sperma (Affandi, 2012:59)
- 7) Kontraindikasi
- 1) Perdarahan, apabila perdarahan sedikit cukup pengamatan saja

- 2) Hematoma
- 3) Infeksi pada kulit skrotum dengan mengobati menurut prinsip pengobatan luka kulit
- 4) Granuloma Sperma, dapat terjadi pada ujung proksimal vas atau epidermis (Mulyani, 2013:31)

8. Tubektomi (MOW)

a) Pengertian

Tubektomi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi (Mulyani dkk, 2013: 119).

b) Jenis

- 1) Minilaparotomi
- 2) Laparoscopi

c) Cara kerja

Dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Saifuddin, 2014: MK-91).

d) Efektifitas

- 1) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan
- 2) Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan)

3) Efektifitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektifitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektifitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Saifuddin, 2014: MK-89).

e) Kelebihan

- 1) Efektifitas hampir 100%
- 2) Tidak mempengaruhi libido seksual
- 3) Kegagalan dari pihak pasien tidak ada
- 4) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- 5) Tidak bergantung pada faktor senggama
- 6) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan anestesi local
- 7) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- 8) Lebih aman, lebih praktis, dan efisien (Marmi, 2016: 208).

f) Kekurangan

- 1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi
- 2) Pasien dapat menyesal dikemudian hari
- 3) Risiko komplikasi kecil (meingkat apabila digunakan anestesi umum)
- 4) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka oendek setelah tindakan

- 5) Tidak melindungi dari IMS, HBV dan HIV/AIDS
(Mulyani dkk, 2013: 126).

g) Indikasi

- 1) Usia >26 tahun
- 2) Paritas >2
- 3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai kehendaknya
- 4) Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius
- 5) Pascapersalinan
- 6) Pascakeguguran
- 7) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedurnya
(Saifuddin, 2014: MK-92).

h) Kontra indikasi

- 1) Hamil
- 2) Perdarahan vaginal yang belum jelas
- 3) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut
- 4) Belum memberikan persetujuan tertulis
- 5) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- 6) Usia dibawah 30 tahun yang belum dan masih ingin memiliki anak (Marmi, 2016: 310).

i) Waktu pelaksanaan tubektomi

- 1) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil
- 2) Hari ke 6 hingga ke 13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)
- 3) Pasca keguguran 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu
- 4) Pascakeguguran dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (Saifuddin, 2014: MK-93).

9. Suntik Kombinasi (1 Bulan)

a) Pengertian

Suntikan kombinasi mengandung hormone estrogen dan progesteron yang di berikan 1 bulan sekali. (Pinem, 2011:40)



Gambar 2.31

Alat kontrasepsi suntik kombinasi

Sumber: <http://klinikbidangnungputri.blogspot.com/2016/04/pemilihan-kb-suntik.html>.

b) Cara Kerja :

Membuat lendir serviks menjadi kental sehinggapenetrasi sperma terganggu

- 1) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
 - 2) Menekan Ovulasi
 - 3) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Affandi, 2011:60)
- c) Efektivitas
- 1) Sangat efektif, mudah digunakan, tidak dipengaruhi kelainan atau faktor lupa, dan sangat praktis
 - 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
 - 3) Tidak berpengaruh hubungan suami istri
 - 4) Tidak mengandung estrogen, sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan pembekuan darah
 - 5) Sedikit efek samping
 - 6) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai peri menopause
 - 7) Mencegah kehamilan ektopik dan kanker endometrium
- d) Indikasi pemakaian suntik kombinasi
- 1) Usia reproduksi (20-30 tahun)
 - 2) Nulipara dan telah memiliki anak
 - 3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi
 - 4) Menyusui ASI pascapersalinan lebih dari 6 bulan
 - 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui

- 6) Perokok
 - 7) Tekanan darah <math><180/110\text{ mmHg}</math>, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia sel sabit
 - 8) Menggunakan obat epilepsy (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberkolosis
 - 9) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen
 - 10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
 - 11) Anemia defisiensi besi
 - 12) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi (Jannah, 2018:43)
- e) Kontraindikasi
- 1) Usia reproduksi
 - 2) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak
 - 3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi
 - 4) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan
 - 5) Pasca persalinan yang tidak menyusui
 - 6) Anemia
 - 7) Nyeri haid hebat
 - 8) Haid teratur Riwayat kehamilan ektopik
 - 9) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Mulyani, 2013:35)

f) Keuntungan

- 1) Diberikan setiap 4 minggu
- 2) Peserta suntikan cyclofem mendapat menstruasi
- 3) Pemberian aman, efektif dan relative murah (Pinem, 2011:42)

g) Kerugian

- 1) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak (*spotting*), atau perdarahan sela sampai 10 hari
- 2) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan
- 3) Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan
- 4) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan obat epilepsi atau obat tuberculosi
- 5) Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak, dan kemungkinan timbul tumor hati
- 6) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pekaian (Affandi, 2011:62)

h) Efek samping

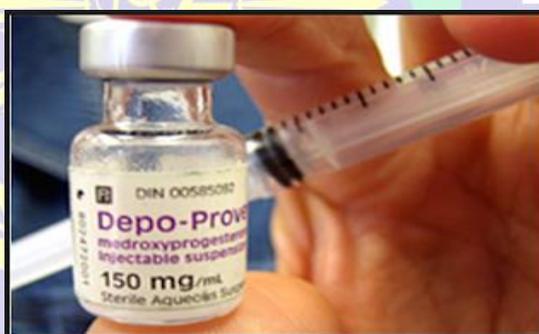
Gangguan haid, penambahan berat badan, kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervotaksis dan jerawat, gangguan haid yang sering ditemukan

berupa siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan banyak atau sedikit, perdarahan yang tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*), tidak haid sama sekali (*amenore*) (Susilowati, 2011:227).

10. Suntik Progestin (3 bulan)

a) Pengertian Suntik Progestin

Metode kontrasepsi yang diberikan secara intramuscular setiap 3 bulan. Keluarga berencana suntik merupakan metode kontrasepsi efektif yaitu metode yang dalam penggunaannya mempunyai efektifitas atau tingkat kelangsungan pemakaian relatif tinggi serta angka kegagalan relatif lebih rendah dibanding dengan kontrasepsi sederhana. (Mulyani, 2013:37)



Gambar 2.32

Alat kontrasepsi bulanan

Sumber: <http://duniakebidananwanita.blogspot.com/2016/08/sap-kb-suntik-3-bulan.html>

b) Jenis – Jenis Suntik Progestin

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin :

- 1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler
- 2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat) yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskuler
(Affandi, 2012:69)

c) Efektifitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Affandi, 2012:69)

d) Kerugian

1) Sering ditemukan gangguan haid seperti :

(a) Siklus haid yang memendek atau memanjang

(b) Perdarahan yang banyak atau sedikit

(c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak

(d) Tidak haid sama sekali

2) Perdarahan yang banyak atau sedikit

3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan perdarahan bercak

4) Tidak haid sama sekali (Affandi, 2012:70)

e) Keuntungan

- 1) Efektifitas tinggi
- 2) Sederhana pemakaiannya
- 3) Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4 kali dalam setahun)
- 4) Cocok untuk ibu – ibu yang menyusui anak
- 5) Tidak berdampak serius terhadap penyakit gangguan pembekuan darah dan jantung karena tidak mengandung hormone estrogen
- 6) Dapat mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik

f) Kontraindikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Pasca persalinan
- 3) Pasca keguguran
- 4) Ibu yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen
- 5) Nulipara dan yang telah mempunyai anak banyak serta belum bersedia untuk kb tubektomi
- 6) Ibu sering lupa menggunakan kb pil
- 7) Anemia defisiensi besi
- 8) Ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi
- 9) Ibu yang sedang menyusui

g) Indikasi

- 1) Ibu hamil atau dicurigai hamil
- 2) Ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 3) Diabetes mellitus yang disertai komplikasi
- 4) Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya.

(Mulyani, 2013:38)

h) Efek samping

Gangguan haid, penambahan berat badan, kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervotaksis dan jerawat, gangguan haid yang sering ditemukan berupa siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan banyak atau sedikit, perdarahan yang tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*), tidak haid sama sekali (*amenore*) (Susilowati, 2011:227)

11. Pil Kombinasi



Gambar 2.33

Alat kontrasepsi pil kombinasi

Sumber: <https://mediskus.com/wanita/cara-benar-minum-pil-kb>

a) Pengertian Pil Kombinasi

Pil KB yang mengandung sintesis hormone estrogen dan progesteron yang mencegah kehamilan dengan cara menghambat terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur oleh indung telur) melalui penekanan hormone LH dan FSH, mempertebal lendir mukosa serviks, dan menghalangi pertumbuhan lapisan endometrium (Marmi, 2016:193)

b) Jenis – jenis pil kombinasi

1) Monofasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif

2) Bifasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif

3) Trifasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (Affandi, 2012:65)

c) Cara Kerja

Pil kombinasi mempunyai cara kerja mencegah implantasi, menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks, memperlambat transportasi ovum, dan menekan perkembangan telur yang telah dibuat (Jannah, 2018:36)

d) Keuntungan

- 1) Kefektifan lebih dari 99 persen, jika digunakan dengan benar dan konsisten
 - 2) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - 3) Siklus haid teratur
 - 4) Dapat mengurangi kejadian anemia
 - 5) Dapat mengurangi ketegangan sebelum menstruasi
 - 6) Dapat digunakan jangka panjang
 - 7) Mudah dihentikan setiap waktu
 - 8) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
 - 9) Membantu mengurangi kejadian kehamilan ektopik, kanker ovarium, jinak pada payudara, disminorea, dan jerawat.
- (Jannah, 2018:36)

e) Kerugian

- 1) Mahal dan membosankan
- 2) Mual terutama pada 3 bulan pertama penggunaan
- 3) Pusing
- 4) Nyeri pada payudara
- 5) BB naik sedikit pada pemempuan tertentu, kenaikan BB justru memiliki dampak positif
- 6) Tidak boleh diberikan pada ibu menyusui
- 7) Tidak mencegah IMS
- 8) Dapat meningkatkan tekanan darah (Mulyani, 2013:42)

f) Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah atau belum memiliki anak
- 3) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- 4) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi
- 5) Pasca keguguran/abortus
- 6) Perdarahan haid berlebihan sehingga menyebabkan anemia
- 7) Siklus haid tidak teratur
- 8) Nyeri haid hebat, riwayat kehamilan ektopik, kelainan payudara jinak
- 9) Diabetes mellitus tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf
- 10) Menderita tuberculosis pasif, dan varises vena (Marmi, 2016:158)

g) Kontraindikasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil
- 2) Menyusui Eksklusif
- 3) Perdarahan pervagina yang belum diketahui penyebabnya
- 4) Penyakit hati akut (hepatitis)
- 5) Perokok dengan usia >35 tahun

- 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg
 - 7) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun
 - 8) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
 - 9) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari
- (Affandi, 2012:63)

12. Pil Mini



Gambar 2.34

Alat kontrasepsi pil mini

Sumber: <https://www.lusa.web.id/kontrasepsi-pil-progestin-minipill-or-progestin-only-contraceptive/>

a) Pengertian

Pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah dan diminum sehari sekali. Berisi derivat progestin, noretindron atau norgestrel, dosis kecil terdiri 21 -22 pil (Marmi, 2016:200)

b) Jenis Mini Pil

- 1) Mini pil dalam kemasan dengan isi 28 pil mengandung 75 mikro gram desogestrel

2) Mini pil dalam kemasan dengan isi 35 pil mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron (Mulyani, 2013:45)

c) Cara Kerja

1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)

2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit

3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma

4) Motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Affandi, 2012:73)

d) Efektifitas

Sangat efektif (98,5%) jika penggunaan yang benar dan konsisten sangat mempengaruhi tingkat efektifitasnya.

Penggunaannya jangan sampai lupa dan jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare) karena kemungkinan terjadinya kehamilan sangat besar (Marmi, 2016:201)

e) Indikasi

1) Usia reproduksi

2) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak

- 3) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
- 4) Pasca persalinan dan tidak menyusui
- 5) Pasca keguguran
- 6) Perokok segala usia
- 7) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math><180/110</math> mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah
- 8) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen (Affandi, 2012:75)

f) Kontraindikasi

- 1) Pre diabetes atau riwayat keluarga dengan diabetes yang kuat
- 2) Umur >45 tahun
- 3) Kegagalan mendapat siklus haid yang teratur
- 4) Penyakit jantung atau penyakit ginjal
- 5) Post partum (Aterm) 10 -14 hari (Affandi, 2012:76)

g) Keuntungan

- 1) Cocok sebagai alat kontrasepsi untuk perempuan yang sedang menyusui
- 2) Sangat efektif untuk masa laktasi
- 3) Dosis gestagen rendah
- 4) Tidak menurunkan produksi ASI
- 5) Tidak mengganggu hubungan seksual

- 6) Kesuburan cepat kembali
- 7) Tidak memberikan efek samping estrogen
- 8) Tidak ada bukti peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler, risiko tromboemboli vena dan risiko hipertensi
- 9) Dapat mengurangi disminorea
- 10) Cocok untuk perempuan yang tidak bisa mengonsumsi estrogen

h) Kerugian

- 1) Memerlukan biaya
- 2) Harus selalu tersedia
- 3) Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang
- 4) Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberculosis atau epilepsy akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah
- 5) Mini pil harus di minum setiap hari dari pada waktu yang sama
- 6) Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten
- 7) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual
- 8) Mini pil tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita (Mulyani, 2013:65)

F. Pelayanan Keluarga Berencana (KB) di Era Pandemi *Covid-19*

Kemendes RI (2020) memaparkan pelayanan KB tetap bisa dilakukan ketika era pandemic dengan memperhatikan ketentuan dan kebijakan yang telah di canangkan pemerintah sebagai berikut:

1. Pada saat pelayanan dokter/bidan memakai PD dan masker
2. Pelayanan MOW dan MOP dapat ditunda (sementara dapat menggunakan metode kontrasepsi yang lain)
3. Pada saat pelayanan menerapkan psycal distancing termasuk pada saat penyerahan pil atau kondom kepada klien
4. Klien harus menggunakan masker
5. Klien harus membuat perjanjian sebelum mendatangi tempa praktik bidan atau dokter.

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

Data subjektif berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah :

a) Identitas

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Eny, 2010:79)

2) Umur

Usia seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Apabila wanita tersebut hamil pada masa reproduksi kecil kemungkinannya untuk mengalami komplikasi/masalah dibandingkan wanita yang hamil dibawah umur ataupun diatas usia reproduksi (Marmi, 2014:107)

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut mengarahkan atau membimbing pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010:132)

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Diah, 2010:82)

5) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi dan data pendukung untuk menentukan pola komunikasi yang akan di pilih selama asuhan yang di lakukan. (Sulistyawati A. 2010:221)

6) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak, dan waktu yang di tempuh pasien menuju ke lokasi pemeriksaan kehamilan. (Sulistyawati A. 2010:221)

b) Keluhan Utama

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:540-543), untuk mengetahui yang mendorong pasien datang ke petugas pada ibu hamil trimester III keluhan – keluhan yang sering dijumpai yaitu :

1) Kram tungkai

Penyebab kram tungkai yaitu uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf sementara saraf ini melewati foramen oburator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:540).

2) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. 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. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan akan mengakibatkan kongesti pada vena panggul (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:539).

3) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi (Varney *et al.* 2007:539).

4) Odema dependen

Odema dependen pada kaki disebabkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah.

5) 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 progesterone dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

6) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar. (Verney *et al* 2007:181).

7) Sesak nafas

Pada periode ini uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma

8) Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan ekstremitas bagian bawah. Perubahan ini oleh penekanan uterus yang membesar pada vena panggul

saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan vena inferior saat berbaring. (Verney *et al* 2007:181).

9) Sering BAK/Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat ibu sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior. (Benson et al, 2013:234).

c) Riwayat Kesehatan

1) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu ataekeduanya. Berikut ini adalah beberapa kondisiMedis ibu yang mempengaruhi kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

(a) Diabetes mellitus tergantung insulin (IDDM)Pengaruh terhadap penyakit diabetes terhadap persalinandiantaranya gangguan kontraksi otot rahim yangmenimbulkan persalinan lama atau terlantar, janin besar dan sering memerlukan tindakan operasi (Manuaba, 2010:636)

(b) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit. Jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi tumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Keluhan utama yang dikemukakan adalah cepat merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak nafas disertai kebiruan, edema tungkai atau terasa berat saat kehamilan muda (Marmi, 2011:108). Perubahan fisiologis normal ada masa hamil meningkatkan curah jantung wanita hingga 40% melebihi curah jantungnya ketika tidak hamil saat ia berada pada keadaan istirahat. Peningkatan ini terjadi pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20-24 minggu. Peningkatan curah jantung selama kehamilan akan meningkatkan risiko dekomposisi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung. Wanita yang menderita penyakit jantung kelas I di awal kehamilan bisa berkembang menjadi kelas II bahkan III (Varney, 2007:181). Dalam pembatasan kehamilan dan kelahiran, penderita

penyakit jantung sebaiknya menggunakan kontap. Pemakaian metode lainnya selalu memberikan gangguan terhadap kerja jantung (Manuaba, 2010:636)

(c) Hipertensi esensial

Kehamilan dengan hipertensi esensial dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi preeklamsia tidak murni (Manuaba, 2010:636).

(d) Asma

Batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kehamilan (Mamuaba, 2010:636).

Wanita yang memiliki riwayat asma beratsebelum hamil terbukti akan menjadi semakinburuk selama masa hamil (Vamey, 2007:539).

(e) Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Bahaya anemeia selama kehamilan yaitu terjadi abortus, hambatan tumbuh kembang janin dan rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6gr\%$), molagdatidosa, hipermesis gravidarum, perdarahan antepartum (Manuaba,

2010). Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala I dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala IV dapat terjadi postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010:638)

2) Riwayat kesehatan keluarga

Informasi keluarga klien sangat penting untuk mengidentifikasi ibu yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. (Marmi, 2011:160). Kejadian kehamilan ganda juga di pengaruhi oleh faktor genetic atau keturunan. (Saifuddin,2009:311)

d) Riwayat Kebidanan

- 1) Menstruasi menurut Fraser et al (2009:251) riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal tafsiran partus. Taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan dan 7hari pada tanggal hari

pertama haid terakhir yang dialami ibu. Metode ini mengansumsikan bahwa :

Ibu memiliki menstruasi dan jarak antar menstruasi yang teratur

(a) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini dianggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi teratur

(b) Periode perdarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat menyebabkan sedikit perdarahan. Gambar riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran.

Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7 b-3$ $th+1$. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang 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.

3) Riwayat Kehamilan yang lalu

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko yang lebih tinggi, sehingga perlu dikirim kerumah sakit (Manuaba, 2012:210)

3) Riwayat Persalinan yang lalu

Pada multigravida dikaji tentang persalinannya yang lampau, sebagai gambaran koordinasi antara 3P (power, passage, passanger). Bila pada persalinannya yang lampau persalinan spontan, bayi hidup, dan aterm, ini menunjukkan koordinasi ketiga P berjalan baik (Manuaba, 2010:201).

4) Riwayat Nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelima belas warna putih dann kekuningan. Ibu dengan

riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat.

(Manuaba, 2010:201)

e) Keluarga Berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery* (EDD), dan karena penggunaan metode lain dapat membantu mengenali kehamilan. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2014:158).

f) Pola Kebiasaan sehari – hari

1) Nutrisi

Pada trimester III, janin mengalami pertumbuhan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangannya yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan ibu akan

sangat baik dan merasa cepat lapar (Romauli, 2011:174)

2) Eliminasi

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011:134).

Konstipasi biasanya terjadi pada trimester II dan III. Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011:134)

3) Istirahat dan tidur

Istirahat sangat diperlukan ibu hamil, maka dari itu bidan perlu mengenali kebiasaan istirahat ibu supaya diketahui hambatan yang mungkin muncul jika didapatkan data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. Bidan dapat menanyakan tentang berapa lama ibu tidur di malam hari dan siang hari.

Istirahat pada malam hari yang normal kurang lebih dari 8 jam setiap istirahat dan pada siang hari kurang lebih 1 jam (Sulistyawati,A. 2011:170)

4) Aktivitas

Aktivitas yang banyak dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Manuaba, 2010:132)

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil adalah jalan-jalan saat hamil terutama pada pagi hari (Manuaba, 2012:135)

5) Personal Hygiene

Personal hygiene diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Menurut Marmi (2011:120).

Kebersihan yang perlu diperhatikan antara lain:

(a) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan yaitu pada trimester 1 dan 3. Dianjurkan untuk gosok gigi setelah makan karena

ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan gingivitis. (Saifuddin, 2011:287).

(b)Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus dijaga selama kehamilan. Perubahan anatomi pada perut, area genetalia atau lipatan paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinfeksi oleh mikroorganisme. Gunakan pakaian longgar, bersih dan aman, dan hindarkan sepatu bertongkat tinggi dan alas kaki yang keras serta korset penahan perut.(Saifuddin, 2010:286-287).

(c)Perawatan payudara

Bersihkan setiap hari areola dan puting susu secara pelan-pelan akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. (Saifuddin, 2011:286).

(d) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus di jaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, memakai celana yang selalu bersih (Marmi. 2011:122).

6) Hubungan seksual

Pada trimester III libido ibu menurun sehingga jarang melakukan hubungan seksual (Romauli, 2011:172)

Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan hubungan seksual perlu dihindari karena dapat membahayakan Keinginan seksual ibu hamil trimester III sudah berkurang karena berat perut yang semakin membesar dan tekniknya pun sudah sulit dilakukan. Posisi diatur untuk menyesuaikan pembesaran perut (Marmi, 2011:122).

7) Riwayat ketergantungan

(a)Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi.

Kandungan nikotin dalam rokok dapat mengakibatkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineperin dan CO₂ meningkatkan risiko kasus terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsi (Marmi, 2011:113)

(b) Alkohol

Tetarogen dan sindrom alkohol janin *fetal alcohol syndrome* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan. (Fraser *et al*, 2009:168)

(c) Obat – obatan terlarang

Menurut Fraser dan Cooper (2009:167) penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan premature, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalis.

8) Latar belakang sosial budaya

Adapun kepercayaan yang ada dalam masyarakat misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari ikan, telur, daging, dan goreng-gorengan karena kepercayaan ini akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin yang tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. (Romauli, 2011:169).

9) Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan sangatlah dibutuhkan bagi ibu hamil, terutama dari suami apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang ibu akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari suami dan keluarga (Marmi, 2011:145).

2. Data Objektif

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Dikaji pada saat pertama kali pasien datang. Lihat apakah pasien tampak baik atau tampak lemah dan pucat. Hal ini penting untuk mengetahui bila ibu mengalami anemia yang merupakan komplikasi tersering dari kehamilan (Fathma, 2014:172).

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar). (Sulistiyawati, 2010:176)

3) Tanda – tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil perlu dikaji secara teratur untuk mengetahui bila ibu mengalami preeklamsia terutama selama trimester II dan III. Waspadai bila tekanan darah sistolik ibu > 140 mmHg dan diastolic > 90 mmHg. (Fathma, 2014:172)

(b) Nadi

Menurut Marmi (2011:163) Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Jurigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dmp. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai.

(c) Pernapasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009:185).

(d) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah $36-37^{\circ}\text{C}$. bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173).

4) Antropometri

(a) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi badan adalah keadaan rongga panggul. Sering dijumpai pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Ada juga ibu hamil yang pendek tapi rongga panggulnya normal.

(Mandriawati, 2008:36)

(b) Berat Badan (BB)

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah

12,5 kg (Saifuddin, 2010:180). Menurut Manuaba (2012:177) berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu.

Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2011:180) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam.

Tabel : 2.10
Rekomondasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh

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

Sumber : Saifuddin, 2011:180

(c) 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, 2012:136). 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 (Romauli, 2011:173).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Rambut: bersih atau kotor, pertumbuhan warna mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:173).

2) Wajah

Bentuk simetris, tampak sembab atau tidak, tidak pucat, tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:174).

3) Mata

Bengkak atau tidak (apabila kelopak mata sudah bengkak kemungkinan terjadi pre eklamsi berat), conjungtiva merah muda atau pucat, sclera putih/kuning (Beaty, 2012:56).

4) Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak. (Beaty, 2012:56).

5) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011:174).

6) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe, dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis. Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. (Romauli, 2011:174).

7) Dada

Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari putting susu dapat mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih yang disebut kolostrom. Kolostrom ini berasal dari asinus yang mulai bersekresi. Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kolostrom yang keluar lebih

kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak, bunyi jantung lub dub (Romauli, 2011:174).

8) 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 mengidentifikasi adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser dkk, 2009:258).

9) Genetalia

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriiasi, dan memar. Adanya lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2011:126).

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba, 2012:537). Kondiloma akuminata berbentuk seperti kembang kubis (*cauliflower*) dengan ditengahnya jaringan ikat akan di tutup terutama bagian atas oleh epitel dengan hyperkeratosis. 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 akumiata 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 diagnostic adanya penyakit sifilis. (Winkjosastro, 2009:274-275).

10. Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatnya kadar hormon kehamilan yang melemahkan vena dibagian anus. Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena di area panggul. Derajat haemoroid di bagi 4 yaitu:

- a) Derajat 1 : Derajat benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB
- b) Derajat 2 : Benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar
- c) Derajat 3 : Benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila di masukkan keluar lagi
- d) Derajat 4 benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010:94)

11. 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 preeklamsia (Marmi, 2011:127). Edema dapat mengidentifikasi penyakit kardiovaskuler. Varises dapat meningkatkan resiko flebitis dalam kehamilan (Walsh, 2012:208).

c) Pemeriksaan khusus

1) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan digunakan untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus. (Rachmawati dkk, 2008:121).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (3) Rahim dibawa ke tengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan. (Marmi, 2014:167).

- (5) Menurut Manuaba (2010:120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi leopard 1 pada trimester III.

Tabel 2.11
TFU berdasarkan leopard pada trimester III

Usia Kehamilan	TFU
28 minggu	1/3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan prosesus xifoideus (px) dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Manuaba, 2010:100.

- (6) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Bokong lunak, tidak melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2010:118).



Gambar 2.32
Posisi Leopold I

Sumber: Manuaba, 2010:118

(b) Leopold II

Tujuan Leopold II untuk menentukan batas rahim kanan dan kiri, yaitu punggung samping pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (Romauli, 2011:180). Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Jika pada perabaan abdomen sulit menentukan punggung kanan atau punggung kiri, dapat menggunakan prasat Ahfeld atau budin (Manuaba, 2010:242).

Menurut Marmi (2014:167-168) langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu :

- (a) Kedua tangan pindah di samping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang meberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar
- (c) Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak sungsang

Variasi Budin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba pinggang janin (Manuaba, 2010:118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di lengan perut (Manuaba, 2010:119)



Gambar 2.36
Posisi Leopold II
Sumber: Manuaba, 2010:118

(c) Leopold III

Tujuan leopold III yaitu mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normalnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin) (Romauli, 2011:181). Dan 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) (Marmi, 2014:168). Pada Primigravida, kepala janin masuk PAP pada usia 36 minggu, sedangkan pada multigravida kepala janin baru masuk PAP menjelang persalinan (Manuaba, 2010:168)

Teknik pemeriksaan:

(1) Pegang bagian bawah abdomen secara mantap tepat diatas simpisis pubis, di antara ibu jari dan jari-jari salah satu tangan.

(2) Tekan ibu jari dan jari-jari tangan bersamaan sebagai usaha untuk memegang bagian presentasi janin.

Keterangan:

Jika kepala masih bisa digoyangkan maka kepala belum masuk PAP. Pada tahap ini boleh dilakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ), karena letaknya antara punggung dan kepala (Muflihah, 2014: 52-53).



Gambar 2.37
Posisi Leopold III
Sumber: Manuaba, 2010:119

(d) Leopold IV

Tujuan leopold IV yaitu untuk mengetahui apakah bagian terendah janin sudah masuk PAP dan seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP (Romaulia, 2011:181).

Langkah – langkah melakukan pemeriksaan leopold IV yaitu :

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien.
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapamasuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luas (Marmi, 2014:168).



Gambar 2.38
Posisi Leopold IV
Sumber: Manuaba, 2010:119

2) Penurunan bagian terbawah janin

Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008:44) dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada diatas tepi simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (Perlimaan) yaitu :

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

Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut (Marmi, 2011:149) dapat dilihat dalam tabel 2.12

Tabel 2.12
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaam

Periksa Luar	Periksa Luar	Keterangan
 =5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
 =4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum 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, 2011:149

d) Pemeriksaan Osborn Tes

Tujuan pemeriksaan Osborn Tes adalah untuk mengetahui adanya DKR (disposisi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn adalah sebagai berikut :

- 1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- 2) Tangan kiri mendorong kepala janin masuk PAP.

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila lebar tonjolan lebih dari 2 jari,

maka hasil test Osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (\pm). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukiran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase).

Cara lain apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simpisis, maka jari tengah diletakkan tepat diatas simpisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka test Osborn adalah negative (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu (\pm). Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil test Osborn adalah positif (+). (Yeyeh, 2011:355).

e) Tinggi Fundus Uteri

Menurut Mc. Donal pemeriksaan Tinggi Fundus Uterus (TFU) dapat dilakukan dengan , menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol pita pada aspek superior simpisis pubis tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010:100).

f) Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar cara untuk menentukan usia kehamilan :

- 1) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa geerakkan janin pertama kali "*feeling life*"
- 2) Menurut Mc. Donal adalah modifikasi cara spiegelberg, yaitu jarak fundus-simpisis dalam cm di bagi 3,5 merupakan usianya kehamilan
- 3) Dihitung dari HPHT sampai dengan hari pemeriksaan.

g) Taksiran Berat Janin (TBJ)

Untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

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

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11). (Jannah, 2012:85).

Tabel 2.13

Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

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

Sumber: (Manuaba, IAC., Manuaba, IBGF., Manuaba, IBG, 2010: 89).

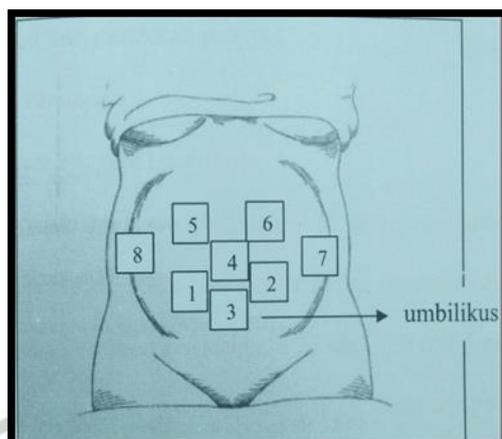
h) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012:116). Menurut Marmi (2011:188-189) bila bunyi jantung kurang dari 120

per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen). Pemeriksaan secara auskultasi dapat digunakan untuk menghitung DJJ yaitu menghitung DJJ dengan interval 5 detik, ialah 5 detik pertama dihitung, kemudian selama 5 detik, dihitung lagi 5 detik kedua, berhenti dan hitung 5 detik ketiga, lalu jumlahkan dan dikali 4. DJJ dinyatakan teratur jika denyut antar 5 detik pertama, ketigadan kelima tidak lebih dari 2 denyutan (Marmi, 2011:169) kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, lima detik ke lima dalam satu menit adalah :

- 1) (11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal
- 2) (10-14-9) kesimpulan tidak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfeksia
- 3) (8-7-8) kesimpulan teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfeksia.

Untuk Letak Punctum Maksimum pada kehamilan dengan posisi janin normal dapat dilihat pada gambar sebagai berikut :



Gambar 2.39
letak puntum maksimum setelah minggu ke-26
gestasi pada posisi normal
sumber : Wheeler, 2005:148

Keterangan :

Gambar ini mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada dipertengahan angka 3 dan 4, posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan dipertengahan garis imajiner yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. Posisi 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung di atas umbilikus. Posisi 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di peetengahan kuadran atas abdomen. Posisi 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

i) Perkusi reflek patela

Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. Reflek lutut negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011:186).

j) 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. Panggul dibagi menjadi 2 yaitu panggul luar dan panggul dalam (Marmi, 2011: 173).

1) Menurut Marmi (2011: 171) pemeriksaan panggul luar yaitu:

(a) *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan normalnya $\pm 23-26$ cm.

(b) *Distantia kristarum*, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri normalnya $\pm 26-29$ cm.

(c) Conjunctiva eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas simpisis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke V normalnya $\pm 18-20$ cm.

(d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter mayor sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain normalnya 80-90.

2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina iskiadika tidak teraba, os. Sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis $> 90^{\circ}$ (Marmi, 2011: 175-176).

k) Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah

(a) Haemoglobin (Hb)

Menurut Manuaba (2010:239) pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan

menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g% : tidak anemia

Hb 9-10 g% : anemia ringan

Hb 7-8 g% : anemia sedang

Hb <7 g% : anemia berat

2) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan (Romauli, 2011:187).

3) Pemeriksaan urine

Protein urine: Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urine. Adanya protein dalam urine, menunjukkan ibu mengalami preeklamsia (Fathma, 2014:90)

4) Pemeriksaan penunjang lain

(a) Pemeriksaan USG

Beberapa indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan trimester III antara lain penentuan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, terduga kematian janin, terduga kelainan volume cairan amnion, evaluasi kesejahteraan janin, KPD atau persalinan preterm, penentuan presentasi janin, versi luar, terduga

inkompetensia serviks, terduga plasenta previa terduga solusio plasenta, terdapat nyeri pekvik atau nyeri abdomen, evaluasi kelainan kongenital, terduga membantu tindakan adanya tumor pelvik atau kelainan uterus kordosentesis, atau amnioinfusi (Romauli, 2011:72).

(b) *NST (Non Stress Test)*

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

- (1) Sebelum pemeriksaan dimulai, lakukan pengukuran tensi, suhu, nadi dan frekuensi pernafasan ibu. Kemudian selama pemeriksaan dilakukan, tensi diukur setiap 10-15 menit (hasilnya dicatat pada kertas KTG).
- (2) Pasien berbaring dalam posisi semi flowler, dan sedikit miring ke kiri. Hal ini berguna untuk memperbaiki sirkulasi darah ke janin dan mencegah terjadinya hipotensi.
- (3) Perhatikan frekuensi dasar DJJ (normal antara 120-160 dpm).

- (4) Setiap terjadi gerakan janin berikan tanda pada kertas KTG. Perhatikan apakah terjadi akselerasi DJJ (sedikitnya 15 dpm).
- (5) Perhatikan variabilitas DJJ (normal antara 5-25 dpm).
- (6) Lama pemeriksaan sedikitnya 20 menit (Marmi, 2011:190-191).

3. Diagnosis

Dari hasil pemeriksaan harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida atau multigravida, atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil, berapa usia kehamilan saat ini, apakah janin hidup, apakah janin tunggal, bagaimana letak janin, apakah intrauterin, serta penggolongan ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan (Manuaba, 2010:278)

4. Intervensi

Diagnosa G PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Fathma, 2014:88)

Tujuan adalah:

- a) Ibu dapat mengetahui kesehatan diri dan bayinya, kehamilan dapat ke berlangsung normal dan dapat lahir pervagina
- b) Ibu merasa puas akan pelayanan yang diberikan oleh petugas

Kriteria adalah:

- a) Kesejahteraan ibu
- b) Keadaan umum ibu baik
- c) Kesadaran komposmentis
- d) TTV ibu dalam batas normal:
 - 1) Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg
 - 2) Nadi : 68 – 90 x/menit
 - 3) Suhu : 36,5 – 37,5°C
 - 4) Pernafasan : 16 – 20x/menit
 - 5) Berat badan : 12,5-17,5 kg untuk wanita dengan berat badan normal selama hamil (IMT 19.8-26).
Kenaikan berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2009:257)
- 6) TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu untuk usia kehamilan 28 minggu TFU 3 jari diatas pusat, 32 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphoideus, 36 minggu TFU 3 jari di bawah prosesus xiphoideus

dan 40 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphoides (PX).

7) Pemeriksaan laboratorium : Hb \geq 11 gr%

(a) Protein urine negative

(b) Reduksi urine negatif

8) Kesejahteraan janin

(a) Usia bayi aterm dan lahir pervaginam

(b) DJJ 120-160 x/menit teratur dan kuat

(c) Gerakan janin normal yaitu 10 gerakan dalam 12 jam (Saifuddin, 2009:257).

(d) TBJ normal

Intervensi menurut Varney (2007:538)

a. Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu 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

c. 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.

- d. Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III 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.

- e. 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 (Marmi, 2011:189).

- f. Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

- g. 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.

a) Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

1) 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

2) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikarn

R/Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/Meringankan penekanan pda vena dalam panggul

4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat

R/Pakaian yang ketat dapat menckan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah

5) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melongarkan tekanan pada vena- vena panggul

b) Masalah 2 : Nokturia

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria:

1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Varney, et all (2007:539):

1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

R/Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

2) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, sofidrink.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

c) Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

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

Intervensi menurut Varney, et all (2007:541):

1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

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

2) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

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

3) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

- 4) 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.

d) Masalah 4 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria:

- 1) Kram pada kaki berkurang.
- 2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Bandiyah (2009:109)

- 1) Jelaskan penyebab kram kaki

R/Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium

- 2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

R/Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis

dengan massage

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/Mengurangi penekanan yang laman pada kaki sehingga aliran darah lancar.

5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivits berat dan cukup istirahat.

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

e) Masalah 5 : Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O2 ibu terpenuhi

Kriteria:

1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/imenit.

2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi Menurut Saifudin (2008:70):

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R/Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus

- 2). Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/Menghindari penekanan diafragma.

- 3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/Merelaksasi otot-otot

- 4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R/Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan

banyak dan menambah kebutuhan O₂.

- 5) Anjurkan ibu berdiri mc rengangkan lengannya di atas kepala.

R/Perengangan tulang meringankan penarikan nafas

- f) Masalah 6 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria:

- 1) Pusing berkurang
- 2) Kesadaran composmetis

3) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

Intervensi menurut Sunarti (2013:98-100)

1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/Tbu mengerti penyebab pusing karena hipertensi

postural yang berhubungan dengan perubahan - perubahan hemodinamis

2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

3) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

R/Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

4) Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.

R/Sirkulasi O₂ ke otak lancar.

g) Masalah 7 : Varices

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat varises.

Intervensi menurut Bandiyah (2009:70-73)

1) Kenakan kaos kaki penyokong.

R/Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

- 2) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

- 3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises

- 4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

- 5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaa korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

h) Nyeri pinggang

- 1) Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri pinggang)
- 2) Kriteria : Nyeri pinggang berkurang

Intervensi menurut Varney et al (2007:542) :

- (1) Jelaskan pada ibu tentang fisiologis nyeri pinggang

R/ Penjelasan fisiologis tentang nyeri pinggang membuat kecemasan ibu berkurang

- (2) Ajarkan pada ibu body mekanik

R/ Menghindari sikap yang salah pada body mekanik ibu untuk mengurangi ketegangan otot sehingga nyeri pinggang berkurang

- (3) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal atau sepatu tinggi

R/ hak yang tinggi menyebabkan hiperdosis sehingga nyeri pinggang bertambah

- (4) Anjurkan pada ibu untuk melakukan kompres hangat pada pinggang

R/ Meningkatkan vaskularisasi daerah pinggang sehingga spasme otot berkurang dan rasa nyeri akan berkurang

- (5) Motivasi ibu untuk senam hamil yang sesuai dengan usia kehamilan

R/ senam hamil meningkatkan relaksasi dan kenyamanan ibu

- (6) Menggunakan penopang abdomen

R/ mengurangi tekanan pada vena cava inferior

(7) Anjurkan ibu untuk tidur dengan diganjal bantal

R/ mengurangi nyeri pada otot pinggang

i) Kecemasan menghadapi persalinan

1) Tujuan : Kecemasan berkurang

2) Kriteria : Ibu tampak tenang dan rileks

Intervensi menurut Varney *et al* (2007:503-504) :

2) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

3) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

4) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif

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

j) Hemorroid

1) Tujuan : Hemorroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

2) Kriteria :

- (a) BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak, bau khas feses
- (b) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri
- (c) Tidak terdapat Hemorroid derajat I (tidak terjadi prolaps), derajat II Hemorroid (terdapat prolaps hemorroid yang masuk sendiri/reposisi spontan), derajat III (terdapat prolaps hemorroid yang tidak dapat masuk sendiri/reposisi manual), derajat IV (terdapat prolaps hemorroid yang tidak dapat didorong masuk, meskipun sudah reposisi manual akan keluar lagi).

3) Intervensi menurut Morgan et al (2009, 46):

- a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

- b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.

R/ minum air hangat akan merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/ olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua system tubuh dapat berjalan lancar termasuk system pencernaan.

d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi.

R/ mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

e) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/ hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

g) Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah anus.

R/ dengan menjaga kebersihan daerah anus diharapkan dapat terhindar dari infeksi.

k) Panas dan Nyeri Uluh Hati (Pirosis)

1) Tujuan : Setelah dilakukan penyuluhan, masalah nyeri uluh hati bisa teratasi

2) Kriteria : Uluh hati tidak terasa nyeri

Intervensi menurut Varney *et al* (2007:542) :

1) Jelaskan penyebab nyeri uluh hati pada akhir kehamilan

R/ Ibu mengetahui bila nyeri uluh hati sering terjadi pada ibu hamil dengan mengerti penyebabnya

2) Anjurkan ibu menghindari makanan penstimulus (kopi, alkohol, coklat, dan lemak)

R/ Menekan motilitas lambung dan sekresi asam lambung

3) Anjurkan ibu menghindari makanan-makanan yang dingin dan minum bersamaan makan

R/ Menghambat sekresi asam lambung

4) Hindari makanan atau berbaring selama tiga jam sebelum tidur

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

5) Anjurkan ibu makan dalam porsi kecil tapi sering untuk menghindari lambung terlalu penuh

R/ Lambung yang terlalu penuh merupakan sebab dari nyeri uluh hati.

5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIIL/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari Klien dan atau keluarganya (Inform consent)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d) Melibatkan klien/pasien
- e) Menjaga privacy klien/pasien
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi, mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- g) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- h) Melakukan tindakan sesuai standar
- i) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

6. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan atau keluarga

Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/pasien

7. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

- c) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d) O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi foliow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a) Identitas

1) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubvungan komunikasi antara

bidan dan pasien menjadi lebih akrab. (Sulistyawati A, dkk. 2010:220).

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 (Wiknjosatro, 2005:23)

3) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.

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.

5) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan. .

6) 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 terakhir, atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan.

(Sulistyawati, 2010:221)

b) Keluhan Utama (KU)

Menurut Manuaba dkk, (2010:173) tanda-tanda persalinan yaitu:

- 1) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- 2) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- 3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya

ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

4) Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

(a) His semakin kua, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

(b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

(c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

c) Riwayat Kebidanan

1) Riwayat menstruasi

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari dan 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari

2) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid t 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus neagel yaitu hari + 7, bulan -3, tahun +1.

3) Riwayat Kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu,

bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan yang lebih baik (Rukiyah,2009:13)

4) Riwayat persalinan yang lalu

Persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (dengan forcep. atau dengan SC), riwayat perdarahan pada kehamilan. Sebelumnya, hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya, berat bayi sebelumnya ,2500 atau 4000, masalah-masalah lain dialami, riwayat kebidanan yang lalu membantu dalam mengelola asuhan pada kehamilan ini (konseling khusus test, tindak lanjut, dan rencana persalinan) (Rukiyah, 2009:43).

5) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut "nyeri ikutan" (after pain) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:174).

6) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan yang lebih baik (Rukiyah, 2009:45)

Hal-hal yang perlu dikaji di dalamnya antara lain berapa kali ibusudah melakukan ANC, di mana ibu memperoleh ANC, apakah ibu sudah mendapatkan imunisasi TT dan berapa kali mendapatkannya, apakah ibu teratur minum tablet tambah darah, kalk dan vitamin yang ibu peroleh setiap kali control, apakah ada keluhan atau komplikasi selama ibu hamil dan apakah ibu mempunyai kebiasaan - kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan, merokok, minum jamu dan alcohol dan sebagainya, sehingga bidan dapat memantau perkembangan kehamilannya. Pada kehamilan, pemeriksaan ANC harus lebih sering guna untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandung (Fathma, 2014:84-85).

7) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor KB sebelum hamil atau tidak, metode kontrasepsi yang digunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB

apa yang akan digunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014:85)

8) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Dikaji untuk membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir (Rukiyah, 2009:52). Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

(a) Sistem Kardiovaskular

Perubahan fisiologis normal pada masa hamil meningkatkan curah jantung wanita hingga mencapai 40 persen melebihi curah jantungnya ketika tidak hamil saat ia berada pada keadaan istirahat. Peningkatan ini terjadi pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20 hingga 24 minggu. Peningkatan curah jantung selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran akan meningkatkan resiko dekompensasi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung (Varney, 2007:279)

(b) Hipertensi

Wanita hipertensi yang dinyatakan hamil perlu mendiskusikan dengan dokternya tentang pengobatan mana yang aman digunakan selama mengandung. Selain itu, wanita dengan hipertensi yang sudah ada sebelumnya mengalami

peningkatan resiko terjadinya preeklampsia selama kehamilan (Varney, 2007:280)

(c) Anemia

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah. Definisi anemia yang diterima secara umum adalah kadar Hb kurang dari 12,0 gram per 100 mililiter (12 gram/desiliter) untuk wanita tidak hamil dan kurang dari 10,0 gram per 100 mililiter (10 gram/desiliter) untuk wanita hamil (Varney, 2007:231).

(d) Asma

Pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan persalinan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2010:211-212).

(e) Diabetes melitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2011:73).

9) Riwayat kesehatan keluarga

Hal penting yang perlu dikaji bila ada riwayat penyakit menular dalam keluarga ibu maupun suami (seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, PMS) yang dapat menularkan kepada anggota

keluarga yang lain. Juga perlu dikaji bila ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga ibu maupun suami seperti jantung, DM, asma, hipertensi, dan lainnya, karena dapat menurunkan kepada anggota keluarga yang lain dan dapat membahayakan apabila penyakit - penyakit tersebut terjadi pada ibu yang sedang hamil (Fathma, 2014:85)

10) Data fungsional kesehatan

(a) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah ibu hamil (klien) sudah makan teratur 3x sehari atau belum, apakah sudah mengonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk-pauk, sayur dan buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma, 2014:86).

(b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat

mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi
(Marmi, 2011:85)

(c) Istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu dapat beristirahat dengan cukup dan tenang setiap harinya atau tidak, karena dapat berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya apabila tidak mempunyai cukup waktu untuk beristirahat (Fathma, 2014:86)

(d) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menerapkan perilaku hidup sehat dalam kehidupannya. Kebersihan diri yang paling dan harus diperhatikan oleh ibu hamil adalah kebersihan alat kelamin (genetalia), apabila ibu tidak menjaga genetalia akan memudahkan masuknya kuman ke dalam kandungan (Fathma, 2014:79)

(e) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin telah masuk sebagian ke dalam PAP serta keuban pecah, klien dianjurkan duduk

atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I - IV (Marmi, 2011:162).

(f) Aktivitas seksual

Dikaji untuk mengetahui apakah selama hamil ibu melakukan hubungan seksual atau tidak, karena pada dasarnya hubungan seksual boleh dilakukan selama hamil, asal umur kehamilan ibu cukup besar, karena hubungan seksual yang dilakukan pada saat hamil muda akan sangat berpengaruh terhadap kondisi janin yang dikandung (Fathma, 2014:90)

11) Riwayat psikososial dan budaya

Dikaji untuk mengetahui bagaimana penerimaan ibu terhadap kehamilannya. Dikaji pula apakah pihak keluarga mendukung kehamilan ibu, bagaimana hubungan ibu dengan keluarga dan masyarakat sekitar, apakah ibu mempunyai hewan peliharaan, karena hewan peliharaan dapat menyebabkan RCH pada ibu hamil yang dapat mengancam Janin yang dikandungnya (Fathma, 2014:95)

Sosial budaya di Indonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu, sebagai contoh dalam hal makanan, bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan kepada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny, 2010:105).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

Dikaji pada saat pertama kali pasien datang. Lihat apakah pasien tampak baik atau tampak lemah dan pucat. Hal ini penting untuk mengetahui bila ibu mengalami anemia yang merupakan komplikasi tersering dari kehamilan (Fathma, 2014:101-102).

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar). (Sulistyawati, 2010:77)

3) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil perlu dikaji secara teratur untuk mengetahui bila ibu mengalami preeklamsia terutama

selama trimester II dan III. Waspadai bila tekanan darah sistolik ibu > 140 mmHg dan diastolic > 90 mmHg (Fathma, 2014:101).

(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 terlentang (Varney, Kriebs dan Geger, 2007:453). Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat. (Fraser dan Cooper, 2009:531).

(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°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 mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini. (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:687).

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. (Fraser dan Cooper, 2009:531).

(d) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:687).

Ibu hamil yang akan bersalin sering kali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan. (Fraser dan Cooper, 2009:531).

4) Antropometri

(a) BB

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2010:110). Menurut Manuaba (2012:123) berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu

(b) TB

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi badan adalah keadaan rongga panggul. Sering dijumpai pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Ada juga ibu hamil yang pendek tapi rongga panggulnya normal. (Mandriawati, 2008:79)

(c) 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: 136). 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 (Romauli, 2011:162).

5) Pemeriksaan fisik

(a) Kepala

Untuk observasi bentuk, benjolan, infeksi pada kepala. Palpasi bila tampak benjolan untuk mengetahui besar, bentuk, kekenyalan dan mobilitasnya. Untuk mengetahui keadaan rambut, seperti hitam, lebat, tidak berbau, tidak berketombe. (Fatima, 2014:112)

(b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi

hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia. (Romauli, 2011:1755).

(c) Hidung

Untuk mengetahui kebersihan, ada atau tidak ada polip atau secret (fatma, 2014:175)

(d) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut. (Varney, Kriebs dan Geger, 2008:175).

(e) Telinga

Untuk mengetahui kebersihan, ada atau tidak serumen di telinga (Fathma, 2014:179)

(f) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. (Saifuddin,2009:186).

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, 2012:340).

(g) Dada

Adanya hiperpigmentasi aerola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan, BJ 1 BJ 2 terdengar tunggal, ada tidaknya suara tambahan wheezing dan ronchi (Romauli, 2011:175).

(h) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui. (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:1051).

(i) Abdomen

Amati bentuk, bekas operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan Palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2010:132).

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk :

- (1) Menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi)
- (2) Memantau kontraksi uterus

Pemantauan kontraksi uterus dilakukan dalam waktu 10 menit. Kontraksi harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi, dan intensitasnya, tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut (Helen Varney J. M., 2007:1052)

- (3) Memantau denyut jantung janin

Denyut Jantung Janin (DJJ) yang normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut per menit (Abdul Bari Saifuddin, 2010:135)

- a. Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong)
- b. Menentukan penurunan bagian terbawah janin

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (per lima-an). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari (perlima-an) adalah :

Tabel 2.14
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaam

Periksa Luar	Periksa Luar	Keterangan
 =5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
 =4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum 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, 201:149

(j) Anus

Untuk mengetahui ada atau tidak ada hemoroid (Fathma, 2014). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney dkk, 2007:945)

(k) Genetalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, 2010:100). Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya. (Winkjosastro, 2008:40)

(l) Ekstremitas

Atas : Observasi keadaan tangan terutama kelengkapan jari tangan kuku pucat atau sianosis, odema atau tidak

Bawah : Observasi keadaan kaki terutama kelengkapan jari tangan, kuku pucat atau sianosis, odema atau tidak. Adanya varises atau tidak (Fathma, 2014:80)

6) Pemeriksaan Khusus

(a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin. (Fraser dan Cooper, 2009:259-261).

(b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Sulistyawati (2009:198) perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah seperti pada tabel berikut :

Tabel 2.15
Usia kehamilan dalam minggu

Usia kehamilan (minggu)	Perkiraan tinggi fundus (cm)
28	28 cm \pm 2 cm
32	32 cm \pm 2 cm
36	36 cm \pm 2 cm

Sumber : Sulistyawati. 2009:198.

Tabel 2.16
Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (cm)
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5-30 cm di atas simfisis
32	29,5-30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber : Kuscahyanti, Tatik, et all. 2012:90.

- (1) Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut Manuaba (2012:100) dapat dilihat dalam tabel 2.12 sebagai berikut :

Tabel 2.17
Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Usia kehamilan
1/3 di atas pusat	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi arcus costae	36 minggu
Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: Manuaba, 2010:100.

(2) Cara menghitung TFU

Salah satu rumus untuk mengetahui perkiraan berat badan lahir bayi adalah rumus Mc. Donald. Rumus Mc. Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat badan janin dengan pengukuran TFU, yaitu mengukur jarak antara tepi atas symphysis pubis sampai puncak fundus uteri dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur (Marliana 2009:35).

Pengukuran tinggi fundus uteri secara tepat dilakukan lebih obyektif dengan skala centimeter. Tinggi fundus uteri mempunyai hubungan yang kuat dan bermakna dengan berat badan bayi dan merefleksikan pertumbuhan janin serta ukuran fetus lebih akurat (Rosmina 2005:34).

Cara Penghitungan:

Rumus Mc. Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran (TFU) tinggi fundus uteri, yaitu mengukur jarak antara tepi

atas tulang kemaluan (*simfisis osispubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikutilengkungan uterus, memakai pita pengukur.

Rumus Mc. Donald dapat dikatakan jarak daribagian

atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak

rahim(*fundus uteri*) dalam centimeter dikurangi 11

atau 12, hasilnya dikali 155 didapatkan berat bayi

dalam gram. Pengurangan 11 atau 12tergantung dari

posisi kepala bayi. Jika kepala di atas atau pada

spinaischiadika maka dikurang 12, jika kepala di

bawah spina ischiadikamaka dikurang 11 (Kusmarjadi

2008:53).

Menurut Siswosudarmo & Emilia (2008:67),

secara singkat, RumusMc. Donald adalah sebagai

berikut :

$$W \text{ (gram)} = (\text{tinggi fundus uteri} - \text{station}) \times 155$$

Keterangan :

W: *weight* = berat janin dalam gram

Nilai station ditentukan sebagai berikut :

12 : bila kepala bayi masih di atas atau pada spina ischiadika, atau setinggi spina ischiadika

11 : bila kepala bayi di bawah spina ischiadika

(3) Cara menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumusnya:

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

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

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat dalam tabel 2.15 :

Tabel 2.18
TBJ Normal untuk Usia Kehamilan Trimester III

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

Sumber: Manuaba, 2012:89.

- (4) Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008:42):

Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan).

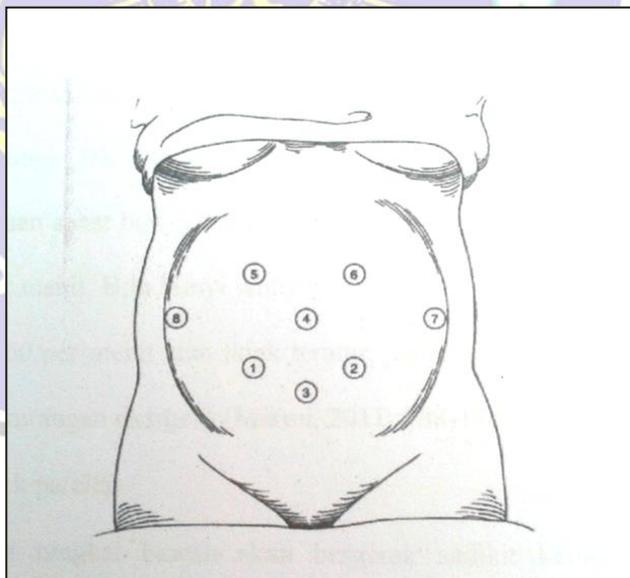
- (5) Auskultasi

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 (1983:171), 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, 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 2.7



Gambar 2.40
Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke- 26 Gestasi Pada Posisi
Normal

Sumber: Wheeler, 2004:145.

Keterangan:

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada dipertengahan angka 3 dan 4.

Posisi 1 dan 2: mula-mula dengarkan di pertengahan kuadran bawah abdomen.

Posisi 3: jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajiner yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis.

Posisi 4: jika tidak ditemukan, dengarkan langsung di atas umbilikus.

Posisi 5 dan 6: jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen.

Posisi 7 dan 8: jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilikus, mendekati panggul.

(c) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik. (Manuaba, 2012:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(1) 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. (Wiknjosastro, 2008:40).

(2) 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. (Wiknjosastro, 2008:79).

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. (Wiknjosastro, 2008:99).

(4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. (Wiknjosastro, 2008:99).

(d) Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2008:43-44) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

- (1) Memeriksa genetalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.
- (2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :

- a. Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.
 - b. Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.
 - c. Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.
 - d. Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.
 - e. Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.
 - f. Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- (3) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- (4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- (5) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.
- (6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.
- (7) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala

serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

(8) Bidang hodge

Menurut Manuaba (2010:79), bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi tepi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (Os sacrum).

(e) Pemeriksaan panggul

(1) Pemeriksaan Panggul luar

Ukuran-ukuran luar tidak dapat digunakan untuk penilaian, apakah persalinan dapat berlangsung secara biasa atau tidak, walaupun begitu ukuran luar dapat memberikan petunjuk pada kita akan kemungkinan panggul sempit. Ukuran-ukuran luar yang terpenting yaitu :

a. Distansia cristarum

Jarak yang terjauh antara cristiliaka kanan dan kiri (26-29 cm).

b. Distansia spinarum

Jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (23-26 cm).

c. Ukuran lingkaran panggul

Dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak yang lain (80-90 cm).

d. Konjugata eksterna (Baudeloque)

Jarak antar pinggir atas simpisis dan ujung proesus spinosus ruas tulang lumbal ke lima (18-20). Menurut Marmi (2011: 171-176).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Menurut Marmi (2011:74-176) jarak minimal antara tulang kemaluan dengan promontorium yaitu 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit. Panggul tengah diukur dengan cara memeriksa spina isciadika atau tonjolan tulang panggul yang teraba menonjol atau tidak dan sudut tulang kemaluan lebih dari 90 derajat dan interuberosum lebih dari 8 cm untuk mengetahui panggul bawah luas. Dapat diperiksa dengan pengukuran panggul dalam ialah:

- a. Apakah linea inominate teraba seluruhnya atau sebagian.
- b. Apakah os sacrum mempunyai inklinasi ke depan dan belakang.
- c. Apakah kedua spina isciadika menonjol atau tidak.
- d. Apakah sudut arcus pubis cukup luas atau tidak

- e. Apakah promotorium teraba atau tidak.
- f. Apakah tidak ada tumor (eksotosel) pada permukaan belakang simpisis.

3. Pemeriksaan Laboratorium

a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan hapus 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 mengkonsumsi 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, 2009:453).

b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg. (Romauli, 2011:187).

B. Diagnosa

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, standar

perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan adalah bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah sebagai berikut :

- (1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur Kebidanan
- (2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- (3) Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Penulisan diagnosa :

G...PAPIAH, UK 28-40 minggu, inpartu kala 1 fase aktif/aktif akselerasi/dilatasi maksimum/deselerasi/ kala II, ketidaknyamanan atau masalah yang muncul pada ibu bersalin adalah gangguan kenyamanan (nyeri), kecemasan menghadapi persalinan, eliminasi (sering BAK).

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, standar perencanaan adalah bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Kriteria dari perencanaan :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
 2. Melibatkan klien/pasien atau keluarga.
 3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
 4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
 5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.
 - a) Diagnosa kebidanan : G...PAPIAH, UK 28-40 minggu, inpartu kala 1 fase aktif/aktif akselerasi/dilatasi maksimum/deselerasi/ kala II.
Tujuan :
 - 1) Memantau perubahan tubuh pasien untuk menentukan apakah persalinan dalam proses normal.
 - 2) Memeriksa respons psikologis dan respons fisik pasien terhadap persalinan.
 - 3) Memeriksa bagaimana respon bayi terhadap persalinan dan kelahiran.
 - 4) Membantu pasien untuk memahami apa yang sedang terjadi sehingga ia dapat berperan serta dalam menentukan asuhan.
 - 5) Memebantu keluarga dalam merawat pasien selama persalinan, kelahiran, dan asuhan pascapersalinan dini.
 - 6) Mengenali masalah secepatnya dan mengambil tindakan yang sepatutnya dengan tepat waktu.
- (Sulistyawati, 2010:136)

- 1) KU baik, kesadaran komposmentis
- 2) TTV dalam batas normal
T: 100/60 – 130/90 mmHg
S: 36 – 37°C
N: 80–100x/menit
R: 16 – 24x/menit
- 3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- 4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam
- 5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
- 7) Plasenta lahir spontan, lengkap
- 8) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit
- 9) Perdarahan <500 cc

Intervensi :

- 1) Jelaskan hasil pemeriksaan pada klien
R/ Klien mengetahui kondisi kesehatannya
- 2) Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

R/ Persalinan dan kelahiran bayi mungkin terjadi di rumah, di tempat bidan, Puskesmas, Polindes, atau Rumah sakit maka pastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai.

- 3) Persiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka.

- 4) Persiapkan rujukan

R/ Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan /atau bayinya.

- 5) Berikan asuhan sayang ibu

R/ Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan dapat menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu.

- 6) Lakukan pemantauan kemajuan persalinan melalui partograf (terlampir)

R/ Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka.

(Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Buku Acuan, 2008)

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm). Amati bila ada gejala dan tanda kala II (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Buku Acuan, 2008)

- (1) Mendengarkan dan melihat tanda dan gejala kala II.

Rasional: Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

- (a). Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- (b). Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- (c). Perineum menonjol
- (d). Vulva dan sfingter ani membuka

Menyiapkan pertolongan persalinan

- (2) Pastikan kelengkapan, peralatan, bahan dan obat – obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi BBL

→ Tempat datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat, lampu 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, tabung atau balon dan sungkup.

- (a) Menggelarkan kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi

(b)Menyiapkan oksitosin 10 UI dan alat suntik steril sekali di dalam partus set

Rasional : Salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi (PI) yang dianjurkan, termasuk cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi (JNPK, 2008:76)

(3) Pakai celemek plastik.

Rasional : ClemeK merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008).

(4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Rasional : Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin,2010:U-14)

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

Rasional: Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dai setiap cairan

atau rabas yang mungkin atau pathogen yang menular melalui darah (Varney, 2008).

- (6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

Rasional : Semua perlengkapan dan bahan – bahan dalam partus set harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril (Wiknjosastro dkk,2009:80)

- (7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

- (a). Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

- (b). Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

- (c). Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% ,langkah 9).

Rasional : Membersihkan vulva dan perineum dengan air DTT digunakan sebagai pencegahan infeksi menjaga kebersihan ibu (Ambarwati, 2010:54)

- (8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap .

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

- (a). Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

Rasional : Dekontaminasi membuat benda-benda lebih aman ditangani dan dibersihkan oleh petugas. Cuci tangan penting untuk pencegahan infeksi (Wiknjosastro dkk, 2009:18-20)

- (10) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.

- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.

Rasional :Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 160 per menit (JNPK-KR,2008:4)

- (11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

Rasional: Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta) menekan cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro, 2008).

- (12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

Rasional : Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan (JNPK-KR,2008:77)

- (13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

- (a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- (b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- (c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- (d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
- (e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- (f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).
- (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- (h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

Rasional :Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernafas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan risiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta (JNPK-KR,2008:77)

- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

Rasional : Posisi jongkok dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan kala dua dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayati,2010:82)

Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

Rasional: Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

(15) Letakkan handuk bersih (untuk mngeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

Rasional : Persiapan untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh yang berlebihan pada bayi baru lahir harus dimulai sebelum kelahiran bayi (JNPK-KR,2008:77)

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

Rasional : Kain kering yang dilipat 1/3 bagian dipersiapkan untuk mengusap muka bayi setelah lahirnya kepala (Wiknjosastro,2009:89)

(17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

Rasional : Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan – bahan dan obat – obat esensial pada

saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka (Wiknjosastro dkk, 2009:53)

- (18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

Rasional : Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan atau rabas yang mungkin atau pathogen yang menular melalui darah (Varney, 2007: 117)

Kelahiran kepala.

- (19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

Rasional: Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjosastro, 2008).

- (20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

Rasional: Perast ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada disekiling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untukl memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008).

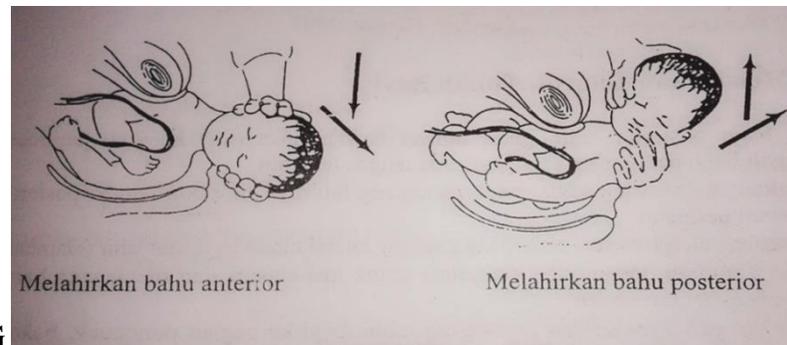
(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

- (21) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

Rasional : Pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu berotasi internal kearah diameter anteroposterior pintu bawah panggul (Varney,2007:1147)

Lahirnya bahu.



G

ambar 2.41

Melahirkan bahu

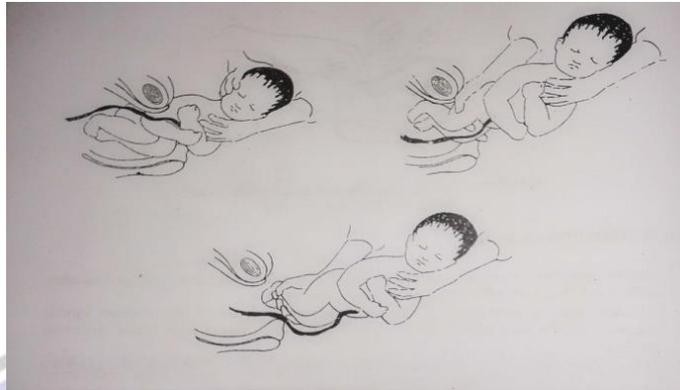
Sumber : (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Buku Acuan, 2008)

(22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.

Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Rasional : Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku, dan tangan bahu belakang saat bagian – bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum (Varney, 2007:1148)

Lahirnya badan dan tungkai



Ga
mb

ar 2.42

Melahirkan seluruh tubuh bayi

Sumber : (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal Buku Acuan, 2008)

- (23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

Rasional : Tindakan ini memungkinkan anda menahan bayi sehingga anda dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan anda tanpa da kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangan atau jari – jari anda (Varney, 2007:1148)

- (24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang

(25) kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

Rasional : Prasad ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2007:1146)

Penanganan bayi baru lahir.

R/ Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

(26) Lakukan penilaian bayi baru lahir dengan 2 pertanyaan, yaitu:

(a) Apakah bayi menangis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(c) Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

Rasional : Proses penelitian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Penelitian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi (Wiknjastro dkk, 2009:152)

- (27) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.

Rasional : Bayi dengan hipotermia, sangat berisiko tinggi untuk mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian (JNPK-KR,2008:96)

- (28) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

Rasional : Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurunkan pasokan oksigen pada bayi. Hati – hati jangan menekan kuat pada korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta (Marmi, 2016:262)

- (29) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

Rasional : Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Varney, 2007:117)

- (30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas

bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

Rasional : Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan ke pembuluh darah (Marmi,2016:262)

- (31) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama

Rasional : Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi (Wiknjosastro,2008:126).

- (32) Pematangan dan pengikatan tali pusat.

(a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

- (c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

Rasional : Memberi cukup watu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi (Wiknjosastro,2008:126).

- (33) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

- (a)Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi

- (b)Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

- (c)Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10 – 15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara

- (d)Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun

bayi sudah berhasil menyusu Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini

terakumulasi dimeja atau tempat tidur di area antara kaki ibu (Varney, 2007: 1154)

- (34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

Rasional : Memegang tali pusat lebih dekat ke kulva akan mencegah avulasi (Marmi,2016:263)

- (35) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

Rasional : Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda – tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami perubahan bentuk dan tinggi, fundus berada diatas pusat, dan tali pusat memanjang (Wiknjosastro,2009:100)

- (36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur di atas.

Rasional :Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat mencegah terjadinya inversion uteri (Wikjosastro dkk,2009:102)

Mengeluarkan plasenta.

(37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

- (a). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
- (b). Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
- (c). Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
- (d). Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
- (e). Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- (f). Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- (g). Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

Rasional : Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu (Marmi, 2016:263)

(38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

Rasional : Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati – hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir (Marmi, 2016: 264)

Rangsangan taktil (massage uterus).

R/ Massage uterus merangsang kontraksi.

(39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan message dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

Rasional : Tindakan massase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri (Wikjosastro dkk, 2009: 106)

- (40) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

Rasional : Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosa normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat untuk memastikan apakah plasenta dan membrane telah dilahirkan seluruhnya (Varney,2007:1162)

- (41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Rasional : Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

Kala IV

Menilai perdarahan.

Melakukan prosedur pasca salin.

- (42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

Rasional : Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta. Maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350 – 500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta (Wikjosastro dkk, 2009:107)

(43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Rasional : Prosedur ini dengan

(44) Pastikan kandung kemih kosong

Rasional : Monitor tekanan darah dan nadi penting selama kala IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah (Hidayati,2010:94)

(45) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi

Rasional : Jika ibu dan keluarga mengetahui cara melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi maka ibu dan keluarga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik (Winkjosastro, 2009: 107)

(46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

Rasional : Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu (Winkjosastro dkk, 2009: 115)

(47) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik

Rasional : Monitor tekanan darah dan nadi penting selama kala IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah (Hidayati,2010:94)

(48) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)

(a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit

(b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke RS rujukan jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu bayi dan hangatkan ibu – bayi dalam satu selimut

Rasional : Mekanisme pengaturan temperature tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia (Winkjosastro, 2009: 127)

(49) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

Rasional : Mencuci dan membilas adalah tindakan – tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua

cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan (Wikjosastro dkk, 2009:17)

- (50) Buang bahan – bahan terkontaminasi di tempat sampah yang sesuai

Rasional : Jika dikelola dengan benar, sampah terkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat (Wikjosastro, 2009:31)

- (51) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

Rasional : Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi (Varney, 2007:719)

- (52) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

Rasional : Pemberian ASI secara dini bisa merangsang produksi ASI, memperkuat reflek menghisap bayi (Wikjosastro dkk, 2009:132)

- (53) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

Rasional : Dekontaminasi adalah langkah penting pertama untuk menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda – benda lainnya yang terkontaminasi (JNPK-KR,2008:22)

- (54) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, alikan bagian dalam keluar rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

Rasional : Prosedur ini dengan cepat mematikan hepatitis B dan HIV (JNPK-KR,2008:22)

- (55) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

Rasional : Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010:U-14)

- (56) Pakai sarung tangan DTT/ bersih untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi

Rasional : Dari hasil pemeriksaan, bidan memastikan tingkat kesejahteraan bayi baru lahir dan mengidentifikasi masalah yang mungkin terjadi dan masalah yang sedang terjadi (Varney,2007:915)

- (57) Dalam satu jam, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperature tubuh (normal 36,5 -37,5°C) setiap 15 menit

Rasional : Mekanisme pengaturan temperature tubuh pada BBL, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermia (Winkjosastro, 2009:127)

- (58) Setelah satu jam pemberian Vitamin K berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu – waktu dapat disusukan

Rasional : Vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskuler untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu dan bayi

- (59) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

Rasional : Prosedur ini dengan cepat mematikan virus Hepatitis B dan HIV (JNPK-KR,2008:22)

(60) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

Rasional : Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontraksi silang (Saifuddin, 2010:U-14)

(61) Dokumentasi

b) Masalah kala 1:

1) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:83)

(a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

Rasional: Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

(b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

Rasional: Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan. Rasional: Ibu paham untuk

dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan: Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria: a) Nyeri punggung berkurang

b) Ibu tidak merasa cemas

c) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:85):

a) Hadirkan orang terdekat ibu

R/ Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

b) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/ Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

c) Berikan usapan punggung.

R/ Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

d) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/ Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

e) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/ Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

d) Masalah Kala II

1) Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : a) Nadi 76-100 x/menit

b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi menurut (Yeyeh 2009:120):

a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

c) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

2) Infeksi (Wiknjosastro, 2008:116)

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: Tanda-tanda vital :

- a) Nadi dalam batas normal (76-100x/menit)
- b) Suhu 36-37,5°C
- c) KU baik
- d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:116)

- a) Baringkan miring ke kiri

Rasional: Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam

Rasional: Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

- c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/oral.

Rasional: Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penyalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

Rasional: Infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

3) Kram Tungkai (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:722)

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria: Sirkulasi darah lancar.

Intervensi

a) Luruskan tungkai ibu

R/Meluruskan tungkai ibu dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas darah.

b) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

c) Jangan melakukan pemijatan pada tungkai

R/ Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

4) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan.

Tujuan: Dapat melewati masa transisi dengan baik.

Kriteria: 1) Bayi menangis kuat

2) Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes

No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan

kebidanan :

- a) Observasi tanda-tanda vital bayi.

Rasional: Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

- b) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat.

Rasional: Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

- c) Bounding attachment dan lakukan IMD.

Rasional: Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stres sehingga ibu dapat merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

- d) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5mg.

Rasional: Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

- e) Berikan salep mata.

Rasional: salep mata sebagai profilaksis.

- e) Masalah pada kala III:

- 1) Retensi plasenta (Wiknjastro, 2008:114)

Tujuan: Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap.

Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:114)

a) Plasenta masih didalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(1) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(2) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan

c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah di rujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

f) Terjadi avulsi plasenta.

Tujuan: Tidak terjadi avulsi.

Kriteria: Tali pusat utuh.

Intervensi menurut Wiknjastro (2008:119)

1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi , minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
 - 3) Setelah plasenta, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.
 - 4) Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensi plasenta.
- g) Masalah kala IV :
- 1) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:115)
Tujuan: Atonia uteri dapat teratasi
Kriteria: a) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar.
b) Perdarahan <500cc
Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:115)
 - a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBE) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan keluar.
 - b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE). Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rektal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.

- c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
- e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

2) Robekan vagina, perineum dan serviks.

Tujuan: Robekan vagina perineum atau serviks dapat terjahit.

Kriteria: a) Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baik

b) Perdarahan <500cc.

Intervensi

- a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.
- b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:
 - (a) Pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.
 - (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.
 - (c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

Setelah perencanaan, pada asuhan kebidanan selanjutnya dilakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi dan dokumentasi.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, pernyataan standar implementasi adalah bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan. Kriteria perencanaanya :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan keluarganya (*inform consent*)
3. Melaksnakana tindkana asuhan berdasarkan evidence based
4. Melibatkan klien / pasien dalam setiap tindakan
5. Menjaga privacy klien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan

8. Menggunakan sumber daya, saran, dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistimatis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Kriteria evaluasi :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan / keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria pencatatan asuhan kebidan :

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA)
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan **SOAP**
3. **S** adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
4. **O** adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
5. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
6. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

A. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

a) Biodata

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila diperlu nama panggilan sehari-hari agar tidak dapat keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131)

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko adanya kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali terjadinya perdarahan dalam masa nifas (Eny,2008:131)

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny,2008:131)

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Eny,2008:132)

5) Pekerjaan

Seringkali alasan pekerjaan membuat seorang ibu merasa kesulitan untuk memberikan ASI secara eksklusif (Purwanti, 2012:121). Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat mengakibatkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:179).

6) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah rumah bila diperlukan (Eny, 2008:132)

b) Keluhan Utama

Menurut Varney, 2008:946, keluhan utama yang sering terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

1) After pain

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

2) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

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

dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan keyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi atau jahitan laserasi dan episiotomi.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jaitan robekan perineum atau episiotomi derajat tiga atau empat.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi taramatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

c) Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: jantung, DM, Hipertensi, Asma, TBC yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini (Ambarwati, 2010:133).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya (Ambarwati, 2010:133)

4) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298)

d) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba dkk, 2012:203). Biasanya wanita tidak

akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2014:129).

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun.

Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea lenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri Perut berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba dkk, 2012:201).

3) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009:129). Pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan.

Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012:204).

e) Pola Kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009:128).

2) Personal Hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014:127).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya dari bahan yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya.

Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010:202).

3) Istirahat dan tidur

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009:127)

4) Hubungan seks dan Keluarga Berencana

Pola seksual aman setelah darah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Ada kepercayaan/budaya yang memperbolehkan melakukan hubungan seks setelah 40 hari atau 6 minggu, oleh karena itu perlu di kompromikan antara suami dan istri (Suherni dkk, 2009:57).

5) Eliminasi : BAB dan BAK

(a) BAK

Pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari ke lima postpartum karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Ibu harus berkemih

spontan dalam 6-8 jam postpartum. Pada ibu yang tidak bisa berkemih motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan katerisasi (Kumalasari, 2015:79).

(b) BAB

Buang Air Besar (BAB) biasanya tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah melahirkan karena enema prapersalinan, dit cairan, obat-obatan analgesic selama persalinan dan perineum yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diet yang tinggi serat serta ambulasi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB (Heryani, 2010:89)

6) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung.

7) Aktifitas seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalkan setelah 40

hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan. (Saifuddin, 2008:128).

8) 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, 2010:113).

f) Psikososial Dan Spiritual

Menurut Suherni (2009:87-90), membagi beberapa fase yaitu :

1) Fase taking in

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering terulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase taking hold

Fase kedua masa nifas adalah fase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada Fase ini ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan

dalam merawat dirinya dan bayinya sehingga timbul percaya diri

3) Fase leting go

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan dirinya, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat.

g) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah didalam tubuh., termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alcohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologi bayi dan gangguan proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010:112).

h) Latar Belakang Sosial Budaya

Menurut Saifuddin (2014:87), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain :

- 1) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur
- 2) Penggunaan bebe perut segala pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- 3) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama). Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk

menjaga uterus berkontraksi karena merupakan keperawatan yang tidak efektif untuk anonia uteri.

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli,2011:174)

2) Kesadaran

untuk mendapat gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistiyawati, 2010:64).

3) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan darah secara sistolik dan diastolick, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:961)

(b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mengurangi proses ini. Apa bila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum (Vamey, Kriebs dan Gogor, 2007:961)

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi didalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak dikemukakan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:259)

(d) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan, cairan, eksaserbasi, asma, dan embulus paru (Varney, 2008:961)

4) Pemeriksaan fisik

(a) Kepala

Rambut : Bersih atau kotor, pertumbuhan warna mudah rontok atau tidak Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli,2011:174)

(b) 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, 2011:174).

(c) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174)

(d) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011:174)

(e) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009:124).

Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Vamey, Kriebs dan Gegor, 2007:969).

(f) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2009:124).

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:1064). pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandungan kemih mencari secara spesifik distensi kandungan kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandungan kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi itu dapat mempredisposisi wanita melainkan infeksi kandungan kemih.

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran salin tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- a. Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya

- b. Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain
- c. Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.
- d. Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan

e. Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus. Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

f. Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur

g. Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi.

Ujung-ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan ke sisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasad ini memungkinkan anda untuk tetap

mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi

- h. Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus
- i. Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut diastasis $\frac{2}{5}$ jari. Rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

- (4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (Costovertebral Angel)

Nyeri yang muncul diarea sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

(g) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochia, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi (Varney Kriebs dan Gegor, 2007:969). Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil. Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

h) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:148).

5) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil

pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba dkk, 2010:239)

6) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati(2009:100) yaitu:

Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

3. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa PAPIAH.....hari.....postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:102). PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan payudara (Varney,2007:937)

4. Perencanaan

a) Diagnosa : PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan.
(Sulistyawati, 2009:126)

b) Tujuan : Masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi.

c) Kriteria : Menurut Manuaba, 2010:114

- 1) Keadaan umum : Kesadaran kompesmentis
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- 3) Tanda-tanda vital

Td : 110/70 mmhg

N : 60-80x/menit

S : 36-37,5 oC

R : 16-24x/menit

d) Laktasi normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, kolostrum merupakan yang amat kaya akan bahan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni,2009:27)

e) Involusi uterus normal

Tabel 2.19
Involusi Uterus Normal Pada Masa Nifas

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lembut/lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm	menyempit

Sumber :Ambarwati dkk,2010:112

f) Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari ghari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam. Lochea sanguinolenta, keluar pada hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. Serosa, keluar pada hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba,2010:201).

g) KU bayi baik

R : 40-60x/menit

S : 36,5-37,5oC

Intervensi menurut Sofian (2012:89)

- 1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea
R/ Menilai status ibu dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah yang terjadi.
- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya
R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap zat makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, menyusui bayi setiap 2 jam sekali.
- 3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia,2012:65)

4) Beri konseling ibu tentang KB pasca salin

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar,2012:89)

5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunitasi yang diberikan (Marmi,2012:395).

Kemungkinan masalah :

(a) Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAK (retensio urin)

Intervensi :

(1) Jelaskan tentang pentingnya BAK dalam masa nifas

Rasional : ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

(2) Anjurkan kepada ibu untuk banyak minum air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter air putih

R/ air putih berfungsi sebagai memperlancar kinerja sistem urinaria

(3) Anjurkan kepada ibu untuk tidak menahan BAK jika ada dorongan untuk BAK

R/ menahan BAK dapat memperparah retensi urine

(b) Masalah 2 : Konstipasi

Tujuan : Masalah konstipasi teratasi

Kriteria : ibu bisa BAB dengan lancar

Intervensi :

(1) Jelaskan pentingnya BAB setelah pasca persalinan

R/ pasien tidak akan menahan BAB jika ada dorongan untuk BAB

(2) Yakinkan kepada pasien jika berjongkok dan mengejan tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jaitan

R/ menghilangkan rasa takut/ cemas kepada pasien untuk melakukan BAB

(3) Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran dan makanan yang banyak mengandung serat

R/ Membantu memperlancar BAB

(c) Masalah 3 : Nyeri pada luka jahitan perinium

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas

Intervensi : Menurut Purwanti (2012:89)

(1) Observasi luka jaitan perinium

R/ Untuk mengkaji jaitan perineum dan adanya infeksi

(2) Anjurkan kepada ibu untuk melakukan perawatan perineum yang benar

R/ ibu dapat melakukan perawatan perineum dengan benar, dan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- (3) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan dapat berkurang

- (d) Masalah 3 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu dapat berkurang sehingga ibu dapat beraktivitas.

Intervensi : Menurut Suherni,2009:122-123

- (1) Anjurkan kepada ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh agar tidak terasa nyeri

R/ Kandung kemih yang penuh mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak optimal dan berdampak pada kram perut

- (2) Anjurkan ibu untuk tidur secara telungkup bantal dibawah perut

R/ Posisi ini bertujuan untuk menjagakontraksi tetap baik dan menghilangkan rasa nyeri

- (3) Jika perlu berikan analgesik (paracetamol, asam .efenamat, kodein, atau asetaminofen)

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang

(e) Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : setelah diberi asuhan masalah teratasi

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat, tidak merah, dan payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh, dan tidak keras

Intervensi menurut Bahiyatun (2009:124)

(1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin 2-3 jam sekali

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara

(2) Anjurkan ibu untuk menyusui dikedua payudaranya

R / Menyusui disalah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak

(3) Lakukan perawatan payudara pada pasca persalinan

R/ yang bertujuan agar otot-otot payudara tidak tegang dan tidak terjadi pembengkan

(4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkan dan nyeri yang dialami

5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria:

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/pasien
- e) Menjaga *privacy* klien
- f) Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk memulihkan tenaganya
- g) Menjelaskan kepada ibu akibat kurang istirahat dan mengurangi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi serta ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri
- h) Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap
- i) Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihannya

- j) Memberikan konseling tentang perawatan payudara
- k) Memberitahu ibu untuk makan yang banyak gizi
- l) Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan memperlancar ASI
- m) Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- n) Melakukan tindakan sesuai standar
- o) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
(Marmi,2010:184)

6. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010:72).

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mncatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205)

b) Keluhan Utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik (Ladewig, 2006:721). Terjadi seborrhea, milliariasis, muntah dan gumoh, oral trush (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012:207)

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 (Varney et al, 2007:916).

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 (Walsh, 2007:368).

e) Riwayat postnatal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012:367)

f) Pola kebiasaan sehari – hari

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012:77). 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, 2012:77). 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 (Walsh, 2012:379)

Tabel 2.20
Kebutuhan dasar cairan pada neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke >10	150 ml	

Sumber: (Saifuddin, 2009: 380).

2) Eliminasi

(a) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012:77).

(b) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam (Marmi, 2012:77).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012:81)

4) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali

seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:337-338).

5) Psikologi

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369).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 (Fraser et al, 2009:712).

6) 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, 2014:137).

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis

adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012:378)

2. Data Obyektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C (Wiknjosastro, 2008:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangansakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2010:139).

b) Tanda – tanda vital

1) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2009:138). 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 $36 - 36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney et al, 2007:882). Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$) (Walsh, 2012: 369). Suhu aksila $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37°C sedangkan suhu kulit 36°C – $36,5^{\circ}\text{C}$ (Fraser dan Cooper, 2009:710).

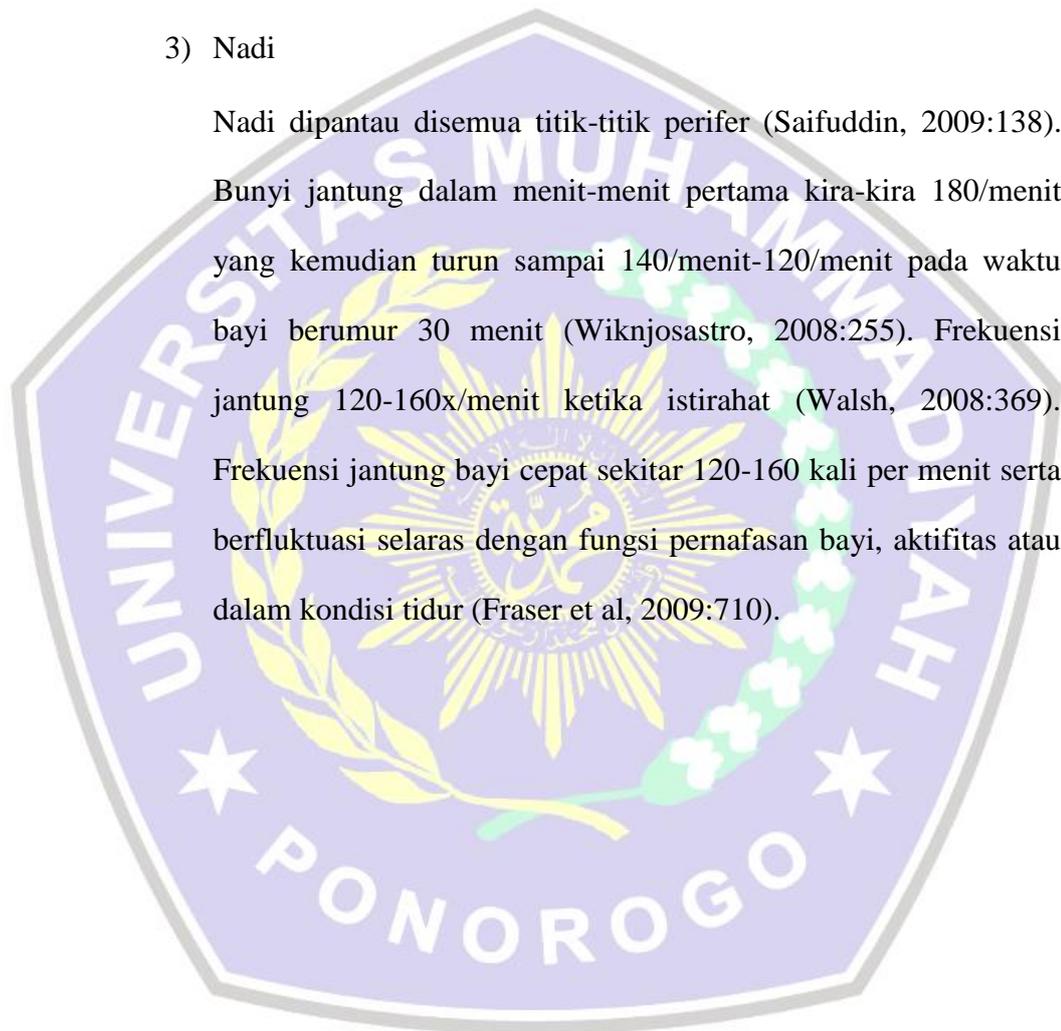
2) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjosastro,

2005:255). 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 (Saifuddin, 2009:138). Pola pernapasan bervariasi sesuai awitan pernapasan.

3) Nadi

Nadi dipantau disemua titik-titik perifer (Saifuddin, 2009:138). Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2008:255). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh, 2008:369). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser et al, 2009:710).



Tabel 2.21
Tanda APGAR

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/(blue) biru seluruh tubuh	Body pink, limb blue (Tubuh merah, ekstremitas biru).	All pink (Seluruh tubuh kemerahan)
Pulse (denyut jantung)	Absent (Tidak ada)	<100	>100
Grimace (tonus otot)	None (Tidak bereaksi)	Grimace (sedikit gerakan)	Cry (reaksi melawan menangis)
Activity (aktivitas)	Limp (lumpuh)	Some flexion of limbs (ekstremitas sedikit fleksi)	Active movement, limbs well flexed (gerakan aktif, ekstremitas fleksi dengan baik)
Respiration (pernapasan)	None (Tidak ada)	Slow, irregular (Lambat/tidak teratur)	Good. Strong cry (Menangis kuat)

Sumber: (Muslihatun, 2010: 29).

c) Antropometri

1) 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 (Wiknjosastro, 2007:256). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009:138). Berikut disajikan tabel 2.22 mengenai penurunan berat badan sesuai umur :

Tabel 2.22
Penurunan Berat Badan Sesuai Umur

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 : Wiknjosastro, 2008:143

2) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletang 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 (Varney et al, 2007:921). Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008:368)

3) Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2007:119) meliputi:

- (a) Dimeter suboksipito-bregmatikus : 9,5-10 cm
- (b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- (c) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm

- (d) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
 - (e) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
 - (f) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
 - (g) Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus: 33-34 cm
 - (h) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
 - (i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
 - (j) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm
- 4) Lingkar dada : 33-38 cm
- 5) Lingkar lengan : \pm 11 cm

d) Pemeeriiksaan fisik

1) Kepala

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, terbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah 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). Bayi yang mengalami seborea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012:221-223).

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi pada umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser et al, 2009:709).

Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser et al, 2009:712).

2) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleksi merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brush field, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012:370).

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2009:137)

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, 2012:57)

4) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009:137). Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. (Fraser dan Cooper, 2009:711). Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2012:310). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya oral trush (Marmi, 2012:211)

5) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2012:N-33).

Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009:709)

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 21 (Marmi, 2012:58).

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, 2012:58).

Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Fraser dan Cooper, 2009:170).

8) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009:137).

Punggung bayi harus dispeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser dan Cooper, 2009:715).

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medulla spinalis (Walsh, 2007:373).

Pada bokong bayi yang mengalami diaper rash akan timbul bintik-bintik merah (Marmi, 2012:215)

9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012:N-33-N-34).

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012:58)

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, 2012:59).

(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, 2012:59).

11) Anus

Anus berlubang (Saifuddin, 2012:34). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012:59).

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 (Walsh, 2012:371-372).

13) Kulit dan kuku

Bayi matur memiliki garis kulit didacrah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari (Fraser dan Cooper, 2009:709)

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 (Saifuddin, 2009:137).

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 (Fraser dan Cooper, 2009:709)

Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012:229)

e) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, Kricbs dan Geger, 2007:923).

1) Refleks berkedip (glabellar refiex)

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

2) Refleks mencari (rooting reflex)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi (Marmi, 2012:71).

3) Refleks menghisap (suckling reflex)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Wiknjosastro, 2008:134).

4) Refleks menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflex menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

5) Refleks menoleh (tonik neck reflex)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat (Marmi, 2012:72).

6) Refleks terkejut (morro reflex)

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Marmi, 2012:71)

7) Refleks menggenggam (grasping reflex)

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gantle, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat (Marmi, 2012:71).

8) Refleks babinsky

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan rmenunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsi fleksi (Marmi, 2012:71).

9) Refleks ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:72).

10) Refleks melangkah (stepping reflex)

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atu melangkahjika diberikan denagn cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012:72).

11) Refleks merangkak (crawling reflex)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012:72).

3. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

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 thrush*, *diaper rash* (Marmi, 2012:87-88).

4. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi
- b) klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- c) Melibatkan klien/pasien adan atau keluarga
- d) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- e) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *avidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

- f) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Diagnosa kebidanan :

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik.

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

- a) Keadaan umum baik
- b) TTV normal menurut Marmi (2012:87-88) adalah:
 - S : 36,5-37,5 °C
 - N : 120-160 x/menit
 - RR : 40-60 x/menit
- c) Bayi menyusu kuat
- d) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012:87-88) adalah:

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi
- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.
R/ Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.
- 3) 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 (Varney et al, 2007:885).

4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/ Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi

5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36°C - 37°C . Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

Potensial masalah

a) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:306) :

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 (Marmi, 2012:306) 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.

b) Masalah II : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria: 1) Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2012:301)

2) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2006:373)

Intervensi menurut Marmi (2012:302) adalah:

1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

2) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2006:373).

3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

c) Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:284) adalah:

- 1) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL
- 2) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi menurut Marmi (2012:284) antara lain:

- 1) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

- 2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensefalopati bilirubin (kern ikterus).

- 3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:943).

4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

d) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria:

- 1) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala.
- 2) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012:221-223) :

- 1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- 2) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- 3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

e) Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229) :

1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering unkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

4) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut.

f) Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208) :

- 1) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

- 2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

g) Masalah VII : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012:104) :

- 1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusu menggunakan air matang.

R/Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.

- 2) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/Mematikan kuman dengan suhu tertentu

- 3) Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/Mencegah timbulnya oral thrush

h) Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Marmi (2012:215) :

- 1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

- 2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- 3) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- 4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (*inform consent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- 4) Melibatkan klien atau pasien.
- 5) Menjaga privacy klien atau 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.

6. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun,2010:72)

7. Dokumentasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Kepmenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

- S : Data subjektif, mencatat hasil anamnesis
- 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 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Akseptor KB

A. Pengkajian Data

1. Data subyektif
 - a) Identitas
 - 1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2011:131).

2) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013:U-9).

3) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat kontrasepsi bawah kulit), AKDR. (Manuaba dkk, 2010:592).

4) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011:194).

5) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2011:132).

b) Keluhan utama

- 1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.

2) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

(Affandi, 2012:U-9).

c) Riwayat kesehatan

1. Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2013:45, 49, 52).
2. Kontrasepsi implant dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell) (Saifuddin, 2010:55)
3. Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013:U-53).
4. Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan. Persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing - masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014:275)

5. Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisitis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Saifuddin, 2013:70).

d) Riwayat Kebidanan

1) Haid

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012:MK-4). Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012:MK-68). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:598).

2) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertiltasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil. Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi,2012:MK-52).

e) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil,implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:168).

Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015:209)

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013:171).

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013:124).

3) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:42).

4) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:71).

5) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015:123).

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010:55).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah $< 180/110$ mmHg (Saifuddin, 2010:55). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, dkk. 2009:657)

2) Pemeriksaan antropometri

(a) Berat Badan

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:MK-42, MK-50). Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013:171).

3) Pemeriksaan fisik

(a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, 2008:35) serta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul, 2008: 30)

(b) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010:MK-72)

(c) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010MK-74)

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2010:MK-74).

(d) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak

termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa).

(Varney, 2008: 36)

(e) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Varney, 2008:36)

(f) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaranlimfe dan ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011: 174)

(g) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. (Varney, 2008: 37)

(h) Payudara

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012:MK-48, MK-55). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:MK-58). Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:164).

(i) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:MK-58).

(j) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015:170).

Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010:MK-77) Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010:MK-77).

(a) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010:MK-58).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010:MK-77)

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, yang diuraikan sebagai berikut :

(1) Pemeriksaan Inspekulo

Adalah Pemeriksaan dengan spekulum yang dimasukkan ke dalam vagina untuk melihat vagina dan serviks. Untuk kenyamanan

pasien, speculum harus dilembabkan dengan air hangat. (dr. Teddy, dkk, 2008:12)

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda – tanda kehamilan. (Siswihantoro, 2004: 110)

(2) Pemeriksaan Bimanual

Adalah Pemeriksaan digital vagina yang dikombinasikan dengan palpasi abdomen bawah, pemeriksaan bimanual sangat penting dalam evaluasi penyakit pelvis. Pemeriksaan bimanual dengan meletakkan tangan lain di abdomen bawah untuk palpasi struktur pelvis yang lebih dalam. Tangan yang di abdomen diletakkan ke bawah dengan telunjuk tangan sementara jari – jari bersatu, tetapi dengan fleksi. Jari tangan kemudian diletakkan kuat pada dinding abdomen untuk memindahkan organ pelvis abdomen bawah ke arah jari di dalam vagina. (dr. Teddy, dkk, 2008:12)

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk

- a. Memastikan gerakan serviks bebas
- b. Menentukan besar dan posisi uterus
- c. Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- d. Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa. (Siswihantoro, 2004: 110)

3. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Dengan kriteria :

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa baik.

4. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b) Melibatkan klien/pasien adan atau keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *vidence based* dan

memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan:

- a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

- a) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- b) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- c) Ibu terlihat tenang.

Intervensi :

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

- d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

- f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- g) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau

masalah selama penggunaan alat kontrasepsi. (Affandi, 2012:U-3-U-4).

5. Potensial masalah

a) Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) :

- 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 (2012:MK-49) 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 (2012:MK-78) :

- 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

- 1) Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya

- 2) Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

- 3) Intervensi menurut Saifuddin (2010: 33)

- a) Kaji keluhan pusing pasien

R/ Membantu menegakkan suatu diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan

- b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

- c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distribusi 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.

6. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan,

bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
- c) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d) Melibatkan klien/pasien.
- e) Menjaga *privacy* klien/pasien.
- f) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i) Melakukan tindakan sesuai standar.
- j) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

7. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan,

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

8. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah obyektif, 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 atau *follow up* dan rujukan.

