

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender Internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke 13 hingga minggu ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga minggu ke 40) (Prawirohardjo, 2014).

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm) (Manuaba, dkk 2012).

B. Klasifikasi

Kehamilan Kehamilan menurut (Prawirohardjo, 2014)

diklasifikasikan dalam 3 trimester, yaitu :

1. Trimester ke satu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu)
2. Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu)
3. Trimester ketiga dari bulan tujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

C. Fisiologi Kehamilan

1. Konsepsi

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Konsepsi ini dapat terjadi jika terpenuhi beberapa kriteria, yaitu sebagai berikut :

- a. Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi
- b. Ovum dijumpai pada inti dalam bentuk metafase ditengah sitoplasma yang disebut vitelus
- c. Dalam perjalanannya korona radinata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida

- d. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampula tuba
- e. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri terjadi pelepasan kapasitas yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu menggandakan fertilisasi. Spermatozoa menuju tuba fallopi. Selanjutnya akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatik. Melalui stomata sperma masuk kedalam ovum, setelah kepala masuk kedalam ovum ekornya akan lepas dan tertinggal diluar. Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dan akan membentuk zigot (Yulifah, 2012)
- f. Agar terjadi kehamilan sebaiknya dilakukan sebelum tepat dihari wanita ovulasi karena sperma dapat hidup sampai tiga hari di dalam vagina. Sedangkan ovum hanya bertahan 12-24

jam setelah dikeluarkan dari ovarium (ovulasi). Kapan wanita mengalami ovulasi dapat dikenali melalui bentuk cairan vagina yang keluar. Selain mengamati karakter cairan vagina, ovulasi dapat juga diprediksi melalui perhitungan siklus menstruasi. Wanita mengalami ovulasi pada hari ke-12 sampai ke-14 siklus menstruasi, namun cairan ini kurang dapat digunakan pada wanita dengan siklus menstruasi yang tidak teratur (Sulistyawati, 2012)

Diperkirakan ada 300 juta sperma yang dikeluarkan saat ejakulasi dan yang dapat ditampung oleh bagian belakang vagina, namun dalam perjalanannya hanya beberapa ribu saja yang dapat mencapai tuba fallopi. Lingkungan vagina yang asam dan adanya daya fagosit dari uterus membuat sebagian besar sperma tidak mampu untuk bertahan hidup, yang akhirnya dikeluarkan lagi melalui vagina (Sulistyawati, 2012)

2. Fertilisasi

Fertilisasi merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu spermatozoa yang bertemu dengan

ovum yang terjadi di dalam tuba fallopi. Penyatuan sperma dengan ovum ini akan berubah menjadi zigot.

3. Implantasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsikedalam endometrium. Blastulla diselubungi oleh suatu simpai, disebut trofoblast yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan. Ketika blastulla mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung nutrisi untuk buah kehamilan (Sulistyawati, 2012).

Blastulla dengan bagian yang berisi massa sel dalam (innercell mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadangkala 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).

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-selblastulla. 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).

Villi korialis yang berhubungan dengan desidua basalistumbuh bercabang-cabang dan disebut sebagai korion frondosum, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis (korion leave) kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang. Dalam peringatan nidasi trofoblastdihasilkan hormon *human chorionic gonadotropin* (HCG) (Sulistyawati, 2012).

4. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenisplasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Yulifah, 2012). Terjadinya nidasi

mendorong sel blastula mengadakandiferensiasi, sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk kantong kuning telur sedangkan sel lain membentuk ruangan amnion, sedangkan plat embrio terbentuk diantara dua ruangan amnion dan kantong kuning telur tersebut. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat.

Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah vena mulai pada hari ke 10 sampai 11 setelah konsepsi sedangkan arteri pada hari ke 14 sampai 15. Bagian desidua yang tidak dihancurkan akan membentuk plasenta 15-20 kotiledon maternal, pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus dan setiap kotiledon fetus terus bercabang dan mengembang ditengah aliran darah yang nantinya berfungsi untuk memberikan nutrisi dan pemuahan (Manuaba, 2012).

5. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

a. Bulan ke-0

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

b. Minggu ke-4 atau 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.

c. Minggu ke-8 atau 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

d. Minggu ke-12 atau 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

e. Minggu ke 16 atau 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.

f. Minggu ke-20 atau 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.

g. Minggu ke-24 atau Bulan ke-6

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

h. Minggu ke-28 atau 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. Mata mulai membuka dan menutup. Bentuk janin dua per tiga saat lahir.

i. Minggu ke-32 atau 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.

j. Minggu ke-36 atau Bulan ke-9

Panjang janin 46 cm. Berat janin 2500 gram.

Tinggirahim setinggi prosessus xifoideus. Kulit penuh lemak, organ sudah sempurna.

k. Minggu ke-40 atau Bulan ke-10

Panjang janin 50 cm. Berat janin 3000 gram.

Tinggirahim 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.

Tabel 2.1

Perkembangan fungsi organ janin

Usia gestasi (minggu)	Organ
6 minggu	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7 minggu	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8 Minggu	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9 Minggu	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16 Minggu	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 mekonium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150x/menit.
17-24 Minggu	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.

25-28 Minggu	Saat itu disebut permulaan trimester ke-3, di mana 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 Minggu	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36 Minggu	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 Minggu	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, di mana bayi akan memiliki seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber: (Sulistyawati,2011)

D. Perubahan Fisiologis Kehamilan

1. Sistem reproduksi

a. Uterus

1) Ukuran

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari 400 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperlasi otot rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua.

- a) Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan

(Sulistyawati,2011)

- b) Posisi rahim dalam kehamilan

- (1) Pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofleksi
 - (2) Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis
 - (3) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati
 - (4) Pada ibu hamil, rahim biasanya mobile, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri
- (Sulistyawati,2011).

b. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel juga baru ditunda. 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 progesteron dalam jumlah yang relative minimal. Relaksin, suatu hormon protein yang mempunyai struktur mirip dengan insulin dan insulin like growth factor I & II, disekresikan oleh korpus luteum, desisua, plasenta dan hati. Aksi biologi utamanya adalah dalam proses remodeling jaringan ikat pada saluran reproduksi, yang kemudian mengakomodasi kehamilan dan keberhasilan proses persalinan. Perannya belum diketahui secara

menyeluruh, tetapi diketahui mempunyai efek pada perubahan struktur.

c. Vagina

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertropi dari sel-sel otot polos. Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalihan dengan meningkatnya ketebalan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina. Papilla mukosa juga mengalami hipertrofi dengan gambaran seperti paku sepatu. Peningkatan volume sekresi vagina yang terjadi, dimana sekresi akan berwarna keputihan, menebal dan PH antara 3,5-6 yang merupakan hasil dari peningkatan produksi asam laktat glikogen yang dihasilkan oleh epitel vagina sebagai aksi dari *Lactobacillus acidophilus* (Prawirohardjo, 2014).

d. Serviks

Pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon esterogen. Akibat kadar esterogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplay darah, maka konsentrasi serviks menjadi lunak yang disebut tanda Goodell. Selama minggu-minggu awal kehamilan, peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan oedema dan kongesti panggul. Akhirnya uterus, serviks, dan ithimus melunak secara progresif dan serviks menjadi kebiruan (tanda Chadwick), tanda kemungkinan hamil.

2. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama striae gravidarum. Pada multipara selain striae kemerahan ini seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik san striae sebelumnya. Striae gravidarum adalah garis yang terlihat pada kulit perut wanita hamil. Striae atau guratan, terjadi pada hampir 90% ibu hamil, guratan di perut ini terjadi akibat peregangan kulit sejalan dengan membesarnya rahim dan dinding perut. Terdapat 2 macam striae gravidarum yaitu :

- a. Striae livide adalah garis-garis yang warnanya biru pada kulit, karena merupakan striae yang masih baru dan striae ini pada ibu hamil primigravida
- b. Striae albican adalah striae lividae yang menjadi putih mengkilat dan meninggalkan bekas seperti parut/cicatrix, striae ini pada ibu hamil multigravida. Pada banyak perempuan kulit garis pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang akan muncul dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan cloasma atau melisma gravidarum. Selain itu, pada areola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan. Perubahan Perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal yang penyebab pastinya belum diketahui. Adanya peningkatan kadar serum melanocyte stimulating hormone pada akhir bulan kedua masih sangat diragukan sebagai penyebabnya. Esterogen dan progesteron diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis dan diduga bisa menjadi faktor pendorongnya.

3. Payudara atau Mamae

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormonesomatotropin, estrogen, dan progesterone, akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Estrogen menimbulkan hipertropi sistem saluran, sedangkan progesterone menambah sel-sel asinus padamammae. Somatotropin mempengaruhi pertumbuhan sel-selasinus pula dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel sehingga terjadi pembuatan kasein, laktalbumin dan laktoglobulin. Dengan demikian mammae dipersiapkan untuk laktasi. Disamping itu dibawah pengaruh progesterone dan somatotropin terbentuk lemak sekitar alveolus-alveolus, sehingga mammae menjadi lebih besar. Papilla mammae akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seperti seluruh areola mammae karena hiperpigmentasi. Hipertropi kelenjar sebacea (lemak) yang muncul di areola primer disebut tuberkelmontgomery. Glandula montgometri tampak lebih jelas menonjol dipermukaan areola mammae. Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasaberat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Perubahan payudara ini adalah tanda mungkin hamil. Sensitivitas payudara bervariasi dari rasa geli ringan sampai nyeri tajam. Peningkatan ini membuat suplai darah ke pembuluh darah dibawah kulit berdilatasi. Pembuluh darah yang sebelumnya tidak terlihat, sekarang

terlihat, seringkali tampak sebagai jaringan biru dibawah permukaan kulit. Kongesti vena di payudara lebih jelas terlihat pada primigravida. Striae dapat terlihat dibagian luar payudara (Lalengga, 2013).

4. Sirkulasi darah

Pembuluh darah ibu dipengaruhi faktor, antara lain :

- a. Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- b. Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter
- c. Pengaruh hormon esterogen dan progesterone makin meningkat. Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah antara lain:

1) Volume darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodelusi), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25-30% sedangkan sel darah bertambah 20%. Curah jantung akan bertambah sekitar 30%. Bertambahnya hemodelusi darah mulai tampak sekitar usia

kehamilan 16 minggu, sehingga penderita penyakit jantung harus berhati-hati untuk hamil beberapa kali. Pada postpartum, terjadi hemokonsentrasi dengan puncak hari ke-3 sampai ke-5.

2) Sel darah

Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis. Jumlah sel darah putih meningkat hingga mencapai 10.000 per ml. Dengan hemodelusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal.

5. Sistem respirasi

Pada kehamilan, terjadi juga sistem respirasi untuk memenuhi kebutuhan O₂. Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O₂ yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari pada biasanya.

6. Sistem Perkemihan

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepalabayi pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah. (Yulifah, 2012)

7. Sistem pencernaan

Seiring dengan makin membesarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus. Mual terjadi akibat penurunan asam hidrokloroid dan penurunan motilitas, serta konstipasi akibat penurunan motilitas usus besar. Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul. Hemorroid juga merupakan salah satu hal yang sering terjadi akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

8. Sistem Metabolisme

Perubahan metabolisme pada kehamilan adalah :

- a. Metabolisme basal naik sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga

- b. Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin
- c. 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.

9. Sistem Muskuloskeletal

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

- a. 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.
- b. 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.

- c. 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.

10. Berat Badan dan IMT

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan menurut (Retno, 2017) adalah 6,5 kg-12,5 kg, 9 kg diperoleh pada 20 minggu terakhir. Berat badan yang optimal ini berkaitan dengan risiko komplikasi terendah selama kehamilan dan persalinan serta berat badan bayi lahir rendah. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan. Tingkat edema, laju metabolik, asupan diet, muntah atau diare, merokok, jumlah cairan amniotik dan ukuran janin, semuanya harus diperhitungkan. Usia maternal, ukuran tubuh pre kehamilan, paratis, rasa etensitas, hipertensi, dan diabetes juga memengaruhi pola peningkatan berat badan maternal.

Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil saat ini didasarkan pada indeks masa tubuh pre

kehamilan (Body Masa Index) yang menggambarkan perbandingan berat badannya lebih sedikit daripada ibu yang memasuki kehamilan dengan berat badan sehat. Kenaikan berat badan selama kehamilan dapat dihitung dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil dan dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.2 Kenaikan BB berdasarkan IMT

IMT Sebelum Hamil	Kenaikan BB Yang Dianjurkan Selama Hamil	
	Kg	Pon
Rendah (IMT < 19,8)	12,5-18	28-40
Normal (IMT 19,8-26,00)	11,5-16	25-35
Tinggi (IMT > 26,00-29,00)	7,0-11,5	15-25
Obesitas (IMT > 29,00)	< 7,00	< 15

Sumber : (Retno, 2017)

Kenaikan berat badan pada trimester satu hanya sekitar 0,7- 1,4 kg, sedangkan pada trimester selanjutnya peningkatan berat badan per minggu 0,35-0,5 kg.

E. Perubahan Psikologis Selama Masa Kehamilan

Dengan bertambahnya usia kehamilan, maka ibu akan mengalami perubahan psikologis dan membuat wanita mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya menjadi seorang ibu. Berikut merupakan perubahan dan adaptasi psikologi pada masa hamil diantaranya:

1. Trimester I (penyesuaian)

- a. Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya
- b. Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja
- c. Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah iya benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya
- d. Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapatkan perhatian dengan seksama
- e. Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah akan dirahasiakan
- f. Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.

(Yudrik Jahja, 2011).

2. Trimester II (kesehatan yang baik)

- a. Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi
- b. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- c. Merasakan gerakan anak
- d. Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran

- e. Libido meningkat
- f. Menuntut perhatian dan cinta
- g. Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan sebagian dari dirinya
- h. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu
- i. Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru.

(Yudrik Jahja, 2011)

3. Trimester III (penantian dengan penuh kewaspadaan)

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali merasa dirinya jelek aneh dan tidak menarik
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- d. Khawatir akan bayi yang dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
- e. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- f. Merasa kehilangan perhatian
- g. Perasaan sudah terluka atau sedikit sensitif
- h. Libido menurun (Yudrik Jahja, 2011)

F. Tanda-tanda Kehamilan

Kehamilan adalah merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. Kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Karena terjadinya pengeluaran hormon yang spesifik menimbulkan gejala dan tanda hamil sebagai tanda dugaan hamil, tanda kemungkinan hamil, dan tanda pasti kehamilan.

1. Tanda dugaan kehamilan

a. Amenorea

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terdapat 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 tafsiran persalinan. Tetapi, amenorea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Jiarti Kusbandiyah & Marjati, 2011).

b. Mual dan muntah

Pengaruh esterogen dan progesteron terjadipengeluaran 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 terlampaui sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebutdengan hiperemesis gravidarum (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011).

c. Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanantertentu, keinginan yang demikian disebut dengan ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011)

d. Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala(sentral) menyebabkan iskema susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011).

e. Payudara tegang

Pengaruh hormon esterogen, progesteron, dansomatomamotrofin menimbulkan deposit

lemak,air,dan garam pada payudara.Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011).

f. Sering miksi (Sering BAK)

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandungkemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011).

g. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011).

h. Pigmentasi kulit

Terdapat pigmentasi kulit di sekitar pipi (cloasma gravidarum). Pada dinding perut terdapat striae albican, striae livide dan linea nigra semakin menghitam. Pada sekitar payudara terdapat hiperpigmentasi pada bagian areola mammae, puting susu makin menonjol (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011).

i. Epulis

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi saat kehamilan (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011).

j. Varices

Karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah terjadi pada sekitar genetalia, kaki, betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini menghilang setelah persalinan (Jiarti Kusbandiyah&Marjati, 2011).

2. Tanda kemungkinan hamil

Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat objektif), namun berupa dugaan kehamilan saja. Makin banyak tanda-tanda mungkin kita dapati, makin besar kemungkinan kehamilan. Yang termasuk tanda kemungkinan hamil yaitu :

a. Pembesaran uterus

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak terutama daerah isthmus sedemikian lunaknya hingga kalau diletakkan 2 jari dalam fornix posterior dan satunya pada dinding perut atas sympisismaka ishmus ini akan teraba seolah-olah corpus uteri terpisah dari serviks (Wagiyo&Putrano, 2016).

b. Tanda Haegar

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu- minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi ismus pada triwulan pertama mengakibatkan ismus menjadi panjang dan lebih lunak. Sehingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut diatas simpisis, maka ismus ini tidak teraba seolah-olah korpus uteri terpisah dari uterus (Wagiyo&Putrano, 2016).

c. Perubahan pada serviks

Diluar kehamilan konsistensi serviks keras sepertimeraba ujung hidung dalam kehamilan serviks teraba selunak bibir/ujung bawah daun telinga (Wagiyo&Putrano, 2016).

d. Tanda Chadwick

Adanya hipervaskularisi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebitu-biruan (livide). Warna porsio pun tampak livide, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon esterogen (Wagiyo&Putrano, 2016).

e. Tanda Piscaseck

Uterus membesar kesalah satu jurusan, pada PD dapat diraba uterus membesar dan makin bundar bentuknya, kadang pembesaran tidak rata, tapi di daerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya (Wagiyo&Putrano, 2016)

f. Kontraksi Braxton Hicks

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. Waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan (Wagiyo&Putrano, 2016)

g. Reaksi kehamilan positif (tes HCG+)

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanyahuman chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnosa kehamilan sedini mungkin (Wagiyo&Putrano, 2016).

3. Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti kehamilan adalah tanda-tanda yangmemastikan bahwa wanita itu pasti hamil. Tanda-tanda pasti ini diketahui setelah wanita hamil 16 minggu atau lebih. Ditandai dengan :

a. Gerakan janin yang dilihat dan dirasakan

Gerakan janin juga bermula pada usia kehamilanmencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena diusia kehamilan tersebut, ibu hamil dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia kehamilan 16-18 minggu (dihitung dari haid pertama haid terakhir). Bagian-bagian tubuh bayi juga dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu. Fenomena bandul atau pantulan balik yang disebut dengan

ballotement juga merupakan tanda adanya janin di dalam uterus (Romauli, 2011).

- b. Denyut jantung janin terlihat dan terdengar dengan bantuan alat

Djj dapat didengarkan pada umur kehamilan 17-18minggu dengan stetoskop laenec, pada orang gemuk lebih lambat.

Sementara menggunakan doppler sekitar minggu ke-12

- c. Tanda yang pertama yang mengidentifikasi adanya kehamilan dengan pasti adalah gerakan janin. Adapun guna mengetahui tanda ini ibu bisa melakukan pemeriksaan USG ke dokter kandungan. Bahkan dokter kandungan atau bidan dapat mengetahui gerakan untuk dapat menentukan kehamilan yang sehat. Jadi demikian, pemeriksaan USG bukan hanya digunakan untuk mengetahui jenis kelamin bayi saja namun juga kesehatan kehamilan ibu dengan lebih baik (Lalengga, 2013).

4. Tanda awal kehamilan

Setelah ejakulasi sel sperma yang mencapai salurankelamin wanita harus melalui masa penyesuaian terlebih dahulu selama 7 jam yang berlangsung di dalam vagina. Membutuhkan waktu sekitar 10 jam bagi sperma untuk mencapai tuba fallopi namun hanya butuh waktu 20 menit untuk sel sperma membuahi sel telur. Pembuahan berlangsung selama 12-24 jam, dimulai ketika sel sperma memasuki sel telur dan berakhir dengan terbentuknya

zigot (sel yang berkembang). Hasil utama dari pembuahan adalah kombinasi kromosom (materi genetik) dari kedua orang tua, penentuan jenis kelamin dan dimulainya pembelahan. Pronukleus sel sperma akan bergabung dengan pronukleus sel telur untuk mengkombinasikan materi genetik. Apabila sperma membawakromosom Y, maka bayi itu laki-laki sedangkan apabila sperma membawa kromosom X, maka bayi itu perempuan. Dalam beberapa jam setelah sel telur dibuahi dimulailah pembelahan zigot

(Kemenkes RI. 2016).

G. Tanda Bahaya Kehamilan

1. Pengertian Tanda Bahaya Kehamilan

Setiap ibu hamil menginginkan bisa menjalani kehamilannya dengan lancar. Selain perlu mengetahui hal-hal yang biasanya menyertai jalannya proses kehamilan, ibu hamil perlu mengenali beberapa tanda bahaya pada kehamilan supaya bisa segera mencari pertolongan medis. Tanda bahaya kehamilan diantaranya adalah :

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah normal. Pada masa awal sekali kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting di sekitar waktu pertama haidnya terlambat. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi dan normal. Pada waktu

yang lain dalam kehamilan, perdarahan kecil mungkin pertanda dari friable cervix. Perdarahan ini mungkin normal karena disebabkan adanya suatu infeksi. Pada awal kehamilan perdarahan yang tidak normal adalah yang merah, perdarahan yang banyak, atau perdarahan yang sangat menyakitkan. Perdarahan ini dapat berarti aborsi, kehamilan mola atau kehamilan ektopik (Yulifah,2011).

1) Perdarahan pada kehamilan muda

Menurut (Sulistyawati, 2012) perdarahan pervaginam pada kehamilan muda antara lain :

a) Abortus imminens

Abortus imminens disebut dengan keguguran membabat dan akan terjadi pada kehamilan muda. Dalam kasus ini keluarnya janin masih bisa diselamatkan dengan pengobatan medik yang khusus atau tirah baring secara total, tidak melakukan aktivitas fisik secara berlebihan.

Penanganan abortus imminens dengan istirahat tirah baring karena menyebabkan peningkatan aliran darah ke uterus, dan pemberian fenobarbitol 3x30 mg untuk menenangkan penderita.

b) Abortus Insipiens

Abortus insipiens terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban. Penanganan abortus insipiens pada prinsipnya dilakukan evakuasi atau pembersihan cavum uteri sesegera mungkin dilatasi dan kuretase (Nirmala, 2011).

c) Abortus Habitualis

Abortus tipe ini jika telah mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari 3 kali.

d) Abortus Inkompletus

Abortus ini terjadi jika perdarahan pervaginam disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desisua atau plasenta. Jika perdarahan tidak seberapa banyak dan kehamilan kurang dari 16 minggu dapat dievakuasi dengan cunam ovum untuk mengeluarkan hasil konsepsi. Jika kehamilan lebih dari 16 minggu beri infus oksitosin 20 unit dalam 500 ml cairan IV dan evakuasi hasil konsepsi yang tertinggal. Gejala yang menyertai diantaranya amenore, sakit perut

karena kontraksi, perdarahan yang keluar banyak atau sedikit.

e) Abortus Kompletus

Abortus ini ditandai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi. Penanganan tidak perlu diatasi dan kuratase, perlu transfusi dan pengobatan lain untuk anemia.

f) Missed Abortion

Missed abortion ialah berakhirnya kehamilan sebelum usia 20 minggu, namun keseluruhan hasil konsepsi tertahan dalam uterus selama 6 minggu atau lebih. Penanganannya dengan dilatasi dan kuratase, jika kadar fibrinogen normal dan jika rendah perlu diberi dulu fibrinogen, kuratase pada missed abortion cukup sulit, karena hasil konsepsi melekat erat pada dinding uterus (Nirmala,2011).

2) Kehamilan Mola

Kehamilan anggur yaitu adanya jonjot korion (Chorionic Villi) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan.

3) Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik ialah kehamilan yang pertumbuhan sel telur telah dibuahi tidak menempel pada dinding kavum uteri. Hampir 90% kehamilan ektopik terjadi di tuba uterina. Kehamilan ektopik dapat mengalami abortus atau ruptura apabila masa kehamilan melebihi kapasitas ruang implantasi.

4) Perdarahan Pada Kehamilan Lanjut

Perdarahan pada kehamilan lanjut antara lain yaitu:

a) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang berimplantasi pada segmen bawah rahim demikian rupa sehingga menutupi seluruh atau sebagian dari ostium uteri internum. Pada plasenta previa perdarahan uterus keluar melalui vagina tanpa rasa nyeri (Sulistiyawati, 2012).

b) 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.

b. Sakit kepala hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklampsia. Ibu hamil yang mengalami nyeri kepala di dahi disertai penglihatan kabur, nyeri ulu hati, mual dan muntah kemungkinan merupakan tanda bahwa ibu hamil mengidap penyakit ginjal dan tekanan darah tinggi. Keadaan ini tergolong berat dan ibu harus dirawat di rumah sakit (Lalengga, 2013).

c. Nyeri perut yang hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan normal adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, yang menetap dan tidak hilang setelah istirahat. Hal ini bisa berarti

appendikstitis, kehamilan ektopik, aborsi, penyakit tulang pelviksiritasi uterus, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya.

d. Mual muntah berlebihan

Mual (nausea) muntah (emesis) adalah gejala yang sering ditemukan pada kehamilan trimester 1. Mual bisa terjadi di pagi hari, gejala ini bisa terjadi 6 minggu setelah HPHT berlangsung selama 10 minggu. Perasaan mual ini karena meningkatnya kadar hormon estrogen dan HCG. Ibu hamil yang mengalami muntah-muntah lebih dari 10 kali sehari disertai kondisi yang lemah, tidak selera makan, berat badan turun, nyeri ulu hati kemungkinan merupakan suatu tanda ibu hamil menderita penyakit berat. Pada penyakit ini ibu hamil tidak mau makan. Semakin hari muntah-muntahnya semakin berat, ibu hamil harus dirawat di rumah sakit. Cara meringankan atau mencegah mual muntah yaitu dengan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dengan jumlah kecil, tetapi lebih sering. Waktu bangun pagi turun dari tempat tidur, dianjurkan makan roti kering dengan teh hangat. Makanan yang berminyak dan berlemak sebaiknya dihindari (Nirmala, 2011).

e. Penglihatan kabur

Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah selama proses kehamilan. Perubahan ringan adalah normal. Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan jiwa yang mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang secara mendadak. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala dari pre-eklampsia (Sulistyawati,2012).

f. Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Hampir separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah istirahat. 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 merupakan tanda anemia, gagal jantung atau pre-eklampsia.

g. Gerakan janin berkurang

Kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifannya. Gerakan janin bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16-20 minggu karena usia kehamilan tersebut, ibu dapat merasakan gerakan halus hingga tendangan kaki bayi di usia

kehamilan 16-18 minggu (dihitung dari haid pertama haid terakhir). Gerakan minimal janin 10 kali dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian(Yulifah, 2011).

h. Selaput kelopak mata pucat

Anemia adalah masalah medis yang umum terjadi pada banyak wanita hamil. Jumlah sel darah merah dalam keadaan rendah, kuantitas dari sel ini tidak memadai untuk memberikan oksigen yang dibutuhkan oleh bayi. Anemia sering terjadi pada kehamilan karena volume darah meningkat kira-kira 50% selama kehamilan (Nirmala, 2011).

i. Demam tinggi

Ibu menderita demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi yang terjadi lebih dari 3 hari dapat merupakan tanda gejala dari infeksi. Penanganan demam antara lain dengan istirahat berbaring, minum banyak dan mengompres untuk menurunkan suhu (Lalengga, 2013).

j. Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh makin memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit

kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia (Lalengga, 2013).

k. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm diatas 37 minggu, sedangkan dibawah 36 minggu tidak terlalu banyak.

H. Komplikasi Dalam Kehamilan

Komplikasi dalam kehamilan dibagi menjadi 5 yaitu :

1. Hiperemesis gravidarum

Adalah mual atau muntah yang berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan hidup ibu hamil.

2. Pre eklampsia

Adalah kenaikan tekanan darah sistolik 30 mmHg atau 15 mmHg disertai dengan oedema, adanya protein urine dan apabila komplikasi berlanjut bisa terjadi eklampsia.

3. Abortus

Kegagalan kehamilan sebelum umur 28 minggu atau berat janin kurang dari 1000 gram.

4. Kehamilan kembar

5. Kelainan letak pada kehamilan, meliputi :
 - a. Letak sungsang adalah letak membujur dengan kepala janin di fundus uteri
 - b. Letak lintang.

I. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Nutrisi dalam kehamilan

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energi yang meningkat. Energi ini digunakan untuk pertumbuhan janin, pembentukan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru. Selain itu, tambahan kalori dibutuhkan sebagai tenaga untuk proses metabolisme jaringan baru. Tubuh ibu memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut, berarti setiap harinya sekitar 300 tambahan kalori dibutuhkan ibu hamil. Selama trimester pertama kebutuhan nutrisi lebih bersifat kuantitatif daripada kualitatif. Hal ini berarti diet ibu hamil harus seimbang dan mencakup beranekaragam makanan. Trimester akhir kehamilan adalah periode ketika kebanyakan pertumbuhan janin berlangsung dan juga terjadi penimbunan lemak, zat besi, dan kalsium untuk kebutuhan pasca-natal. Rekomendasi energi untuk setiap ibu hamil yang mengalami obesitas dianjurkan untuk menggunakan berat badan yang diinginkan atau berat antara berat saat ini dan berat yang diinginkan sebagai patokan dalam menghitung kebutuhan energi (Sunarti, 2013).

- a. Protein

Tersedianya protein dalam tubuh berfungsi sebagai berikut :

- 1) Sebagai zat pembangun bagi pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan.
- 2) Sebagai pengatur keberlangsungan proses di dalam tubuh
- 3) Sebagai pemberi tenaga dalam keadaan energi kurang tercukupi dari karbohidrat dan lemak.

Tambahan protein diperlukan selama kehamilan untuk persediaan nitrogen esensial guna memenuhi tuntutan pertumbuhan jaringan ibu dan janin. Asupan yang dianjurkan adalah 60 gram per hari. Protein tambahan harus mengandung asam amino esensial. Daging, ikan, telur, susu, dan keju adalah contoh protein bernilai biologis tinggi. Selain itu, protein juga didapat dari tumbuhan-tumbuhan, seperti kacang-kacangan, bijian- bijian, tempe, tahu, oncom, dan lainnya. Asupan tinggi protein tidak dianjurkan selama kehamilan. Diduga kelebihan asupan protein menyebabkan maturasi janin lebih cepat dan menyebabkan kelahiran dini (Olivia&Ayuningtyas, 2017).

b. Asam folat

Asam folat merupakan vitamin B yang memegang peranan penting dalam perkembangan embrio. Asam folat diperlukan oleh tubuh untuk membentuk tendon yang menjadi komponen DNA. Selain itu, asam folat juga meningkatkan eritropoiesis (produksi sel darah merah). Jadi,

asam folat sangat diperlukan oleh sel yang sedang mengalami pertumbuhan cepat, seperti sel pada jaringan janin dan plasenta. Asam folat juga membantu mencegah neural tube defect, yaitu cacat pada otak dan tulang belakang. Kekurangan asam folat juga dapat menyebabkan kelahiran tidak cukup bulan (prematuur), bayi berat lahir rendah (BBLR), dan pertumbuhan janin yang kurang optimal. Konsumsi 400 µg folat disarankan untuk ibu hamil. Folat dapat didapatkan dari suplementasi asam folat. Sayuran berwarna hijau (seperti bayam, asparagus), jus jeruk, buncis, kacang-kacangan, dan roti gandum merupakan sumber alami yang mengandung folat. Kelebihan asam folat dapat membahayakan karena dapat menutupi kebutuhan zat besi dan vitamin B12 (Olivia&Ayuningtyas, 2017).

c. Zat besi

Unsur zat besi tersedia di dalam tubuh dari sayuran, daging, dan ikan yang dikonsumsi setiap hari. Meskipun demikian, mineral besinya tidak mungkin diserap ke dalam darah. Penyerapan ini dipengaruhi oleh HCL dalam lambung. Jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk kehamilan tunggal normal adalah sekitar 1.000 mg, 350 mg untuk pertumbuhan janin dan plasenta, 450 mg untuk peningkatan massa sel darah merah ibu, dan 240 mg untuk kehilangan basal.

d. Zink

Zink adalah unsur berbagai enzim yang berperandalam berbagai alur metabolisme utama. Kadar zink ibu yang rendah dikaitkan dengan banyak komplikasi pada masa prenatal dan periode intrapartum. Konsumsi alkohol diketahui mengganggu transfer zink melalui plasenta dan dapat menjadi penyebab beberapa kelainan pada keturunan yang pernah menderita sindrom alkohol janin. Jumlah zink yang direkomendasikan RDA selama masa hamil adalah 15 mg sehari. Jumlah ini dengan mudah dapat diperoleh dari daging, kerang, roti gandum utuh, atau sereal. Waspadaai kelebihan suplemen zink sebab dapat mengganggu metabolisme tembaga dan zat besi. Kadar zink ibu yang tinggi pada pertengahan kehamilan juga dikaitkan dengan penurunan pertumbuhan janin dan dapat dikaitkan dengan transfer zink yang tidak adekuat ke fetus(Sunarti,2013).

e. Kalsium

Tersedianya kalsium dalam tubuh sangat penting karena kalsium mempunyai peranan sebagai berikut :

- 1) Bersama fosfor membentuk matriks tulang, pembentukan ini dipengaruhi pula oleh vitamin D
- 2) Membantu proses penggumpalan darah
- 3) Mempengaruhi penerimaan rangsang pada otot dan saraf
- 4) Kekurangan unsur kalsium dalam tubuh dapat menimbulkan :

- a) Karies atau kerusakan gigi
- b) Pertumbuhan tulang tidak sempurna dan dapat menimbulkan rakhitis
- c) Apabila bagian tubuh terluka, darah sukar mebeku
- d) Terjadinya kekejangan otot

Janin mengkonsumsi 250-300n mg kalsium per hari dari suplai darah ibu. Metabolisme kalsium dalam tubuh ibu mengalami perubahan pada awal masa kehamilan. Perubahan ini membuat simpanan kalsium dalam tubuh ibu meningkat.

Simpanan ini digunakan untuk memenuhi kebutuhan pada trimester ketiga dan masa laktasi. Asupan kalsium yang direkomendasikan adalah 1.200 mg/hari dapat dipenuhi dengan mudah, yaitu dengan mengkonsumsi dua gelas susu atau 125 gram keju setiap hari. Satu gelas susu 240 cc mengandung 300 mg kalsium. Jika kebutuhan kalsium tidak tercukupi dari makanan, kalsium yang dibutuhkan bayi akan diambil dari tulang ibu. Sumber kalsium dari makanan diantaranya produk susu, seperti susu, keju, youghurt (Olivia&Ayuningtyas, 2017)

- f. Vitamin larut dalam lemak

Vitamin larut dalam lemak, yaitu vitamin A,D,E, dan K. Proses metabolisme yang berkaitan dengan penglihatan, pembentukan tulang, sistem kekebalan tubuh, dan pembentukan sistem saraf membutuhkan zat gizi berupa

vitamin A. Tidak ada rekomendasi peningkatan konsumsi harian vitamin A. Kebutuhan vitamin A dapat dipenuhi dengan mengonsumsi daging ayam, telur, kangkung, dan wortel. Vitamin D dibutuhkan untuk memperbaiki penyerapan kalsium dan membantu keseimbangan mineral dalam darah. Vitamin ini secara alami terkandung dalam minyak ikan, telur, mentega, dan hati. Vitamin E mencegah oksidasi vitamin A dalam saluran cerna sehingga lebih banyak terserap.

Defisiensi vitamin K sangat jarang terjadi pada orang dewasa. Transpor vitamin K melalui plasenta sangat lambat sehingga kebanyakan bayi lahir dengan kadar vitamin K yang rendah. Rekomendasi yang diberikan adalah setiap neonatus mendapat injeksi vitamin K dalam 2 jam setelah kelahiran untuk mencegah perdarahan intrakranial.

g. Vitamin larut dalam air

Fungsi tiamin, riboflavin, piridoksin, dan kobalaminyang penting adalah sebagai koenzim dalam metabolisme energi. Kebutuhan vitamin ini meningkat pada kehamilan trimester kedua dan ketiga ketika asupan energi meningkat. Peningkatan kebutuhan ini mudah dipenuhi dengan mengonsumsi beraneka makanan padi-padian, daging, produk susu, dan sayuran berdaun hijau. Vitamin C dibutuhkan untuk meningkatkan absorpsi zat besi, terutama zat besi non-hem (Sunarti, 2013).

h. Natrium

Metabolisme natrium berubah karena banyak interaksi hormonal yang terjadi selama masa kehamilan. Seiring dengan peningkatan volume cairan tubuh ibu, kecepatan filtrasi glomerulus ginjal meningkat untuk mengatasi volume cairan yang lebih besar. Sebagian besar peningkatan berat badan selama masa kehamilan disebabkan oleh peningkatan volume tubuh, khususnya cairan ekstraselular. Oleh sebab itu, kebutuhan natrium selama kehamilan meningkat. Efek estrogen yakni menahan air dan efek progesteron melepas natrium menimbulkan gambaran yang membingungkan tentang keseimbangan cairan dan elektrolit selama kehamilan. Diperlukan 2 sampai 3 gram natrium per hari. Makanan tinggi natrium atau rendah natrium tidak disarankan (Olivia&Ayuningtyas, 2017)

2. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen manusia sama yaitu :

- a. Udara yang bersih
- b. Tidak kotor atau polusi udara
- c. Tidak bau.

Pada prinsipnya hindari ruangan/tempat yang dipenuhi polusi udara (terminal, ruangan yang sering dipergunakan untuk merokok, asap kendaraan bermotor). Kebutuhan oksigen pada ibu hamil mengalami peningkatan, respon tubuh

terhadap peningkatan metabolisme untuk menambah masa jaringan payudara, hasil konsepsi, dan masa uterus, peningkatan konsumsi oksigen sebesar 15-20(Visi Prima&Suharti,2018).

3. Personal hygiene

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

- a. Terjadinya peningkatan pH vagina, akibatnya mudah terkena infeksi
- b. Peningkatan kadar estrogen 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 celana dalam. Sebaiknya tidak menggunakan celana ketat dalam jangka waktu lama. karena dapat menyebabkan kelembapan vagina meningkat sehingga mempermudah pertumbuhan bakteri.

4. Pakaian

Pada waktu hamil, seorang ibu mengalami perubahan padafisiknya. Ini sekaligus menjadi indikasi kepada kita sebagai bidan untuk memberikan penjelasan kepada ibu tentang pakaian yang sesuai dengan masa kehamilannya. Berikut adalah beberapa hal yang perlu disampaikan oleh seorang bidan kepada ibu hamil tentang pakaian yang tepat :

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut
- b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara
- d. Pakaian dalam yang selalu bersih
- e. Sepatu tidak bertumit tinggi dan lancip
- f. Korset khusus ibu hamil menekan perut bawah yang melorot, mengurangi nyeri punggung (Visi Prima&Suharti,2018).

5. Seksual

★ Psikologis maternal, pembesaran payudara, rasa mual, letih, pembesaran perineum, dan respons orgasme mempengaruhi seksualitas. Melakukan hubungan seks aman selama tidak menimbulkan rasa tidak nyaman. Sampai saat ini belum ada hasil riset yang membuktikan bahwa koitus dan orgasme dikontraindikasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetri yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau abortus lebih dari satu kali, ketuban pecah dini, perdarahan pada trimester III, merupakan

peringatan untuk tidak melakukan koitus. Posisi wanita di atas, sisi dengan sisi, menghindari tekanan pada perut dan wanita dapat mengatur penetrasi penis.

6. Mobilisasi atau mekanika tubuh

a. Aktifitas fisik atau olahraga

Aktifitas fisik meningkatkan rasa sejahtera ibu hamil. Aktifitas fisik meningkatkan sirkulasi, membantu relaksasi dan istirahat, dan mengatasi kebosanan yang juga dialami oleh wanita tidak hamil. Anjurkan ibu hamil untuk mempelajari latihan kegel guna memperkuat otot-otot di sekitar organ reproduksi dan meningkatkan tonus otot.

b. Manfaat senam hamil

- 1) Memperkuat dan mempertahankan kelenturan otot-otot dinding perut dan dasar panggul
- 2) Melatih sikap tubuh yang tepat pada saat kehamilan
- 3) Membuat tubuh lebih relaksasi
- 4) Memperbaiki sirkulasi
- 5) Meningkatkan keseimbangan otot-otot
- 6) Mengurangi bengkak
- 7) Mengurangi resiko gangguan gastrointestinal, termasuk sembelit.

7. Perawatan payudara

Payudara merupakan sumber air susu ibu yang akan menjadi makanan utama bagi bayi karena itu, jauh sebelumnya

harus sudah dirawat. Kutang yang dipakai harus sesuai dengan pembesaran payudara, yang sifatnya adalah menyokong buah dada dari bawah suspension, bukan menekan dari depan. Dua bulan terakhir dilakukan massage, kolostrum dikeluarkan untuk mencegah penyumbatan. Untuk mencegah puting susu kering dan pecah- pecah, maka puting susu dan areola payudara dirawat dengan baik- baik dengan dibersihkan menggunakan sabun dan biocream dalam dengan mengoleskan air susu itu ke puting dan areola sesudah selesai menyusui. Tindakan ini efektif untuk mencegah puting dan areola menjadi retak dan lecet- lecet (Mochtar, 2015).

8. Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, tetapi tidak boleh digunakan sebagai alasan untuk menghindari pekerjaan yang tidak disukainya. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan pola tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi hingga seminimal mungkin. Tidur malam sekitar 8 jam dan tidur siang sekitar 1 jam dianjurkan untuk ibu hamil setiap harinya.

J. Ketidaknyamanan Ibu Hamil

Menurut (Romauli 2011) Ketidaknyamanan dalam kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan Frekuensi Berkemih

Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga. Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat. Cara untuk mengatasi yaitu:

- a. Ibu hamil disarankan untuk tidak minum saat 2-3 jam sebelum tidur
- b. Mengkosongkan kandung kemih saat sebelum tidur
- c. Mengurangi minuman yang mengandung kafein

2. Sakit punggung atas dan bawah

Karena tekanan terhadap akar syaraf dan perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut karena titik berat badan berpindah kedepan disebabkan perut yang membesar, diimbangi dengan lordosis yang berlebihan. Cara untuk mengatasinya yaitu :

- a. Memberitahu ibu untuk menjaga posisi tubuhnya
- b. Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas serta menambah istirahat

3. Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan aktivitas metabolis selama kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Sesak nafas terjadi pada trimester III karena pembesaran uterus yang menekan diafragma. Cara untuk mengatasinya yaitu :

- a. Ibu hamil dianjurkan untuk tidur dengan menggunakan bantal yang tinggi
- b. Tidak makan terlalu banyak
- c. Konsultasi dengan dokter apabila ada kelainan asma dan lain-lain.

4. Edema Dependen

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

- a. Meningkatkan periode istirahat dan berbaring posisi miring ke kiri
- b. Meninggikan kaki bila duduk

5. Nyeri Ulu Hati

Ketidaknyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester II dan bertahan hingga trimester III. Penyebabnya adalah :

- a. Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.
- b. Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.
- c. Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

6. Konstipasi

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

- a. Mengonsumsi makanan yang tinggi serat
- b. Memenuhi kebutuhan cairan
- c. Melakukan olahraga ringan secara teratur

7. Insomnia

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

K. Asuhan Kehamilan Normal

Asuhan kehamilan adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Walyani, 2015). Menurut Emi nur jismi (2020) kunjungan ANC dilakukan minimal 6 kali selama kehamilan, yaitu sebagai berikut :

1. Kunjungan trimester pertama yaitu 2 kali :
 - a. Pemeriksaan pertama dilakukan dengan dokter (untuk skrining kesehatan ibu seutuhnya)
 - b. Pemeriksaan kedua dilakukan dengan bidan
2. Kunjungan trimester kedua yaitu 1 kali
 - a. Pemeriksaan dilakukan dengan bidan
3. Kunjungan trimester tiga yaitu 3 kali :
 - a. Pemeriksaan dokter 1 kali pada Trimester 3 (untuk deteksi komplikasi kehamilan atau mempersiapkan rujukan persalinan jika perlu)
 - b. Pemeriksaan 2 kali dilakukan dengan bidan

Tujuan Asuhan Kehamilan menurut (Romauli, 2014) yaitu:

1. Memfasilitasi hamil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayi dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu
2. Memantau kehamilan dengan memastikan ibu dan tumbuh kembang anak sehat.

3. Mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa selama hamil
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat
5. Mempersiapkan ibu, agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi
7. Membantu ibu mengambil keputusan

Dalam melaksanakan pelayanan antenatal care, ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T. Menurut Kemenkes tahun 2016 adalah sebagai berikut:

1. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi

Badan Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

2. Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (TD $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan pre eklampsia.

3. Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LiLA)

Pengukuran LiLA dilakukan pada kontak pertama oleh nakes di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK. Standar

minimal pengukuran LILA pada wanita dewasa/usia produktif adalah <23,5 cm.

4. Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran TFU dilakukan setiap kali kunjungan kehamilan untuk menentukan usia kehamilan, mendeteksi pertumbuhan janin, serta menghitung taksiran berat janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Adapun cara untuk menentukan TFU yaitu ada teknik mc donald dan palpasi abdomen. Teknik mc donald yaitu pengukuran tinggi fundus uteri dengan cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan alat ukur panjang mulai dari tepi atas simfisis pubis sampai fundus uteri atau sebaliknya. Sedangkan palpasi abdominal adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian perut dengan menggunakan jari atau tangan. Terdapat pemeriksaan Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin. Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu

atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari-jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul.



Gambar 2.1 TFU

Sumber : (Sulistyawati,2011)

Tafsiran Berat Janin: berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu:

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$$

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 11) \times 155 \text{ gram.}$$

5. Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan setiap kali kunjungan ANC. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir

trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal usia kehamilan \geq 13 minggu. DJJ normal 120-160 kali/menit.

6. Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Pemberian Imunisasi TT adalah untuk melindungi ibu dan janin dari tetanus neonatorum.

7. Pemberian Tablet Zat Besi (Fe)

Pemberian tablet Fe untuk mencegah anemia pada wanita hamil, diberikan sebanyak 90 tablet selama kehamilan.

8. Test Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil, yaitu golongan darah, Hb dan lain-lain.

9. Tatalaksana Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan ANC dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil wajib diberikan pelayanan sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.

10. Temu Wicara (Konseling)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan ANC.

M. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada

saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil atau faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional

1. Fungsi KSPR

- a. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
- b. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
- c. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana
- d. Komunikasi Informasi Edukasi atau KIE.
- e. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
- f. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
- g. *Audit Maternal Perinatal (AMP)*

2. Sistem Skor Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:

- a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2 (hijau)
 - b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
 - c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah)
3. Faktor Resiko Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR yaitu:

a. Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)

- (1) Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
- (2) Primi Tua : terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun
- (3) Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil >10 tahun
- (4) Anak terkecil < 2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
- (5) Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4
- (6) Umur ibu ≥ 35 tahun : terlalu tua
- (7) Tinggi badan ≤ 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit
- (8) Pernah gagal kehamilan
- (9) Persalinan yang lalu dengan tindakan
- (10) Bekas operasi sesar

b. Kelompok Faktor Risiko II

- (1) Penyakit ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
- (2) Preeklampsia ringan
- (3) Hamil kembar
- (4) Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
- (5) IUFD (*Intra Uterine Fetal Death*) : bayi mati dalam kandungan
- (6) Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
- (7) Letak Sungsang
- (8) Letak Lintang

c. Kelompok Faktor Risiko III

- (1) Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta atau plasenta previa
- (2) Preeklampsia berat atau eklampsia

Keterangan: Jumlah skor 2 termasuk resiko rendah penolongpersalinan adalah bidan, skor 6- 10 termasuk resiko tinggi penolong persalinan adalah dokter dan bidan tempat persalinan adalah polindes atau puskesmas atau rumah sakit, skor lebih dari 12 adalah resiko sangat tinggi penolong persalinan adalah dokter, tempat persalinan adalah rumah sakit (Kemenkes RI. 2016).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan ialah proses keluarnya janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Diawali dengan proses pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat dari kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Awal mulanya kekuatan yang muncul kecil, setelah itu meningkat pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, 2011).

B. Jenis Persalinan

Menurut (Sulistiyawati, 2012) bentuk-bentuk persalinan menurut teknik adalah sebagai berikut :

1. Persalinan spontan adalah persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut
2. Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps atau dilakukan SC (Sectio Cesarea).
3. Persalinan anjuran adalah persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin

Persalinan menurut umur kehamilan menurut (Fadlun, 2012) adalah sebagai berikut :

- a) Abortus : Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin <500 gram atau usia kehamilan kurang dari 20 minggu.
- b) Partus Immaturus : partus dari hasil konsepsi pada kehamilan dibawah 20 minggu dengan berat janin kurang dari 1000 gram.
- c) Partus Prematurus : kelahiran hidup bayi dengan berat antara 1000 gram sampai 2500 gram sebelum usia 37 minggu.
- d) Partus Maturus atau Aterm : persalinan pada kehamilan 37-42 minggu, berat janin diatas 2500 gram.
- e) Partus Postmaturus atau Postterm : persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari hari perkiraan lahir.

C. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan persalinan, yaitu:

1. Passage (jalan lahir) terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina)
2. Passanger (janin dan plasenta) bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin saat persalinan.

3. Power (kekuatan) adalah kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus.
4. Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi fisiologi persalinan seperti posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok.
5. Psikologis dimana tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang ia sampaikan kepadanya.

D. Tanda dan Gejala Inpartu

1. Timbulnya rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur
2. Keluar lendir bercampur darah (bloody show) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks. Sumbatan mukus yang berasal dari sekresi servikal dari proliferasi kelenjar mukosa servikal pada awal kehamilan, berperan sebagai barier proteksi dan menutup servikal selama kehamilan. Bloody show adalah pengeluaran dari mukus
3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pemecahan membran yang normal terjadi kala I persalinan. Hal ini terjadi pada 12% wanita, dan lebih dari 80% wanita akan memulai persalinan secara spontan dalam 24 jam.
4. Pada pemeriksaan dalam : serviks mendatar dan pembukaan telah ada. Berikut ini adalah perbedaan penipisan dan dilatasi serviks antara nulipara dan multipara :

a. Nulipara.

Biasanya sebelum persalinan, serviks menipis sekitar 50%-100%, kemudian mulai terjadi pembukaan.

b. Multipara.

Pada multipara sering kali serviks tidak menipis pada wal persalinan, tetapi hanya membuka 1-2 cm. Biasanya pada multipara serviks akan membuka, kemudian diteruskan dengan penipisan. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit) (Rohani, Saswita Reni dkk, 2011)

5. Sifat His Persalinan :

- a. Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan
 - b. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar
 - c. Mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks
 - d. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah
- (Rohani, Saswita Reni dkk, 2011)

E. Pemenuhan Kebutuhan Psikologis Kala I, II, dan III dan IV

Untuk mengurangi rasa sakit terhadap ibu di kala I,II, dan III yaitu dengan cara psikologis dengan mengurangi perhatian ibu yang penuh terhadap rasa sakit. Adapun usaha-usaha yang dilakukan yaitu dengan cara:

1. Sugesti

Adalah memberi pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima secara logis guna memberikan sugesti yang bersifat positif. Usaha yang dilakukan misalnya mengajak bercerita, sedikit bersanda gurau, jika ibu masih kuat beralih buku bacaan yang menarik

2. Kehadiran seorang pendamping adalah hal yang bisa dilakukan seorang suami atau anggota keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan
3. Bantulah ibu mendapatkan posisi yang paling tepat, bila sudah berikan dukungan dengan sepenuh hati
4. Sampaikan atau bicaralah padanya hanya mengenai hal-hal yang membesarkan hatinya.
5. Jika ibu mengerang menahan sakit, seorang pendamping harus mencoba mengelus-elus atau pijat perlahan punggung ibu. Sentuhan lembut semacam ini akan mengurangi ketegangannya.
6. Jika ibu berkeluh kesah tentang rasa sakitnya, besarkan hatinya untuk tetap tabah (Mutmainnah,dkk. 2017).

F. Mekanisme Persalinan

Inti dari mekanisme persalinan normal adalah pergerakan kepala janin dalam rongga dasar panggul untuk menyesuaikan dengan diameter terbesar dalam ukuran panggul ibu. Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal, antara lain:

1. Jarak biparetal

Merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai di dalam definisi penguncian (engagement).

2. Jarak suboksipito bregmatika

Jarak antara batas dari leher dan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala.

3. Jarak oksipitomental

Merupakan diameter terbesar di kepala janin, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan hal presentasi dahi.

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

1. Penurunan kepala

Turunnya kepala dibagi dalam :

a. Masuknya Kepala dalam Pintu Atas Panggul

Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Apabila sutura sagitalis berada di tengah-tengah jalan lahir, tepat diantara symphysis dan promontorium, maka dikatakan kepala dalam keadaan sinklismus. Pada sinklismus os parietale depan dan belakang sama tingginya. Jika suturasagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau

agak ke belakang mendekati promotorium, maka dikatakan asinklitismus. Dikatakan asinklitismus posterior, ialah kalau sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietale belakang lebih rendah dan os parietale depan, dan dikatakan asinklitismus anterior ialah kalau sutura sagitalis mendekati promotorium sehingga os parietale depan lebih rendah dari os parietale belakang.

Pada pintu atas panggul biasanya kepala dalam asinklitismus posterior yang ringan. Pada derajat sedang asinklitismus pasti terjadi pada persalinan normal, tetapi bila berat gerakan ini dapat menimbulkan disproporsi sevalopelvis dengan panggul yang berukuran normal sekalipun. Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala satu dan kala dua persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung pada fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong kejalan lahir (Utama dkk, 2011).

- b. Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara sebaiknya majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Majunya kepala ini

bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu : fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi:

Penyebab majunya kepala antara lain :

- 1) Tekanan cairan intrauterine
- 2) Tekanan langsung oleh fundus pada bokong
- 3) Kekuatan mengejan
- 4) Melurusnya badan anak oleh
- 5) Perubahan bentuk rahim

c. Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

- 1) Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal.

2) Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter ateroposterior dari panggul pasien. Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring ke arah diameter PAP dari panggul tetapi bahu tetap miring ke

kiri, dengan demikian hubungan normal antara as panjang kepala janin dengan as panjang dari bahu akan berubah dan leher akan berputar 45 derajat. Hubungan antara kepala dan panggul ini akan terus berlanjut selama kepala janin masih berada di dalam panggul. Pada umumnya rotasi penuh dari kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai di dasar panggul atau segera setelah itu. Perputaran kepala yang dini kadang-kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien (Widyatun, 2012)

3) Lahirnya kepala dengan cara ekstensi

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva-vagina membuka lebar (Widyatun, 2012)



Gambar 2.2 Kepala Janin

Sumber: (Widyatun, 2012)

4) Resusitasi

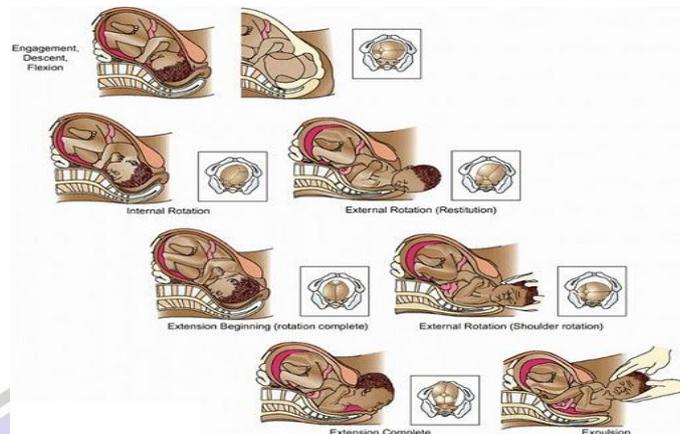
Resusitasi ialah perputaran kepalasebesar 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri, bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior (Widyatun, 2012).

5) Putaranpaksi luar

Putaran ini terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva-vagina, dimana ia akan bergeser ke bawah di bawah simfisis pubis (Astuti et all, 2012).

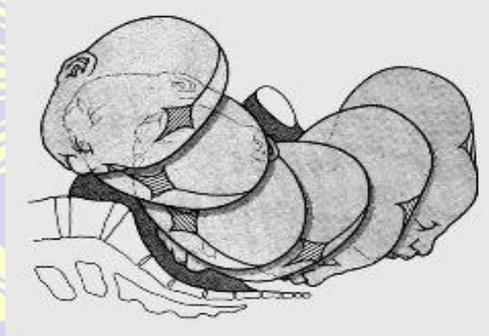
6) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi. Bahu posterior akan mengembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan secara fleksi lateral. Setelah bahu

dilahirkan, seluruh tubuhjanin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus (Astuti et all, 2012).



Gambar 2.3 Rotasi Kepala Janin

Sumber : (Winkjosastro,dkk.2015)



Gambar 2.4 Ekspulsi Kepala Janin

Sumber : (Komalasari, 2014)

G. Proses Persalinan

Persalinan normal dibagi dalam 4 tahapan, yaitu kala I (mulai pembukaan I sampai lengkap), kala II (mulai dari pembukaan lengkap sampai janin lahir), kala III (mulai janin lahir sampai plasenta dilahirkan) dan kala IV (mulai plasenta dilahirkan sampai 2 jam postpartum).

1. Kala I

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

a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadisangat lambat sampai dengan pembukaan mencapai ukuran diameter 3 cm (Winkjosastro,dkk.2015).

b. Fase aktif

Fase aktif merupakan pembukaan dari 3 cm sampailengkap (+10cm), berlangsung sekitar 6 jam. Fase aktif terbagi atas :

1) Fase Akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi4cm

2) Fase Dilatasi

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

3) Fase Deselerasi

Pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10cm).

Pembukaan lengkap berarti bibir serviks dalam keadaan tak teraba dan diameter lubang serviks adalah 10 cm. Dalam fase aktif ini, frekuensi dan lama kontraksi akan meningkat secara bertahap, biasanya terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih. Biasanya dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm per jam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida. Kala I selesai apabila permukaan serviks sudah lengkap. Pada primigravida, kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (Winkjosastro,dkk.2015).

Tabel 2.3 Diagnosa Kala dan Fase

Gejala dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan Palsu atau belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	1	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm 1. Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam Penurunan kepala dimulai	1	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm)	2	Awal (non ekspulsif)

1. Penurunan kepala berlanjut 2. Belum ada keinginan untuk meneran		
Serviks membuka lengkap (10 m) 1. Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul 2. Ibu meneran	2	Akhir (ekspulsif)

Sumber : (Marmi, 2016).

2. Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida, gejala utama dari kala II adalah:

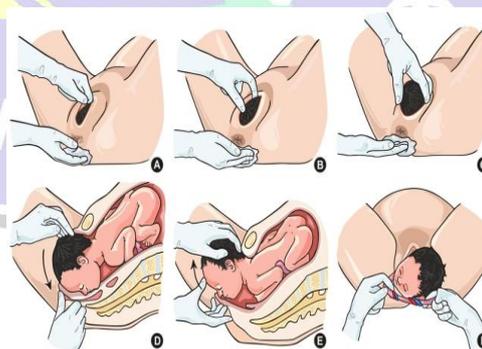
- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik
- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- c. Ketuban pecah pada pembukaan merupakan pendeteksi lengkap diikuti keinginan mengejan karena fleksus frankenhauser tertekan.
- d. Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala bayi membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir dari dahi, muka, dagu yang melewati perineum.

- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f. Setelah putaran paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan jalan :
 - 1) Kepala dipegang pada occiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang
 - 2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - 3) Bayi kemudian lahir diikuti oleh air ketuban.

Tabel 2.4 Lamanya persalinan I

Kala	Primipara	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	$\frac{1}{2}$ jam
Kala III	$\frac{1}{2}$ jam	$\frac{1}{4}$ jam
Total	14 $\frac{1}{2}$ jam	7 $\frac{1}{2}$ jam

Sumber: (Komalasari, 2014)



Gambar 2.5 Mekanisme Keluarnya Kepala Janin

Sumber: (Komalasari, 2014)

3. Kala III

Setelah kala III, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Melalui kelahiran bayi, plasenta sudah mulai terlepas pada lapisan. Nitabisch karena sifat reaksi otot rahim (Komalasari, 2014). Dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk (Komalasari, 2014). Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda :

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

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta :

- a. Metode schulze

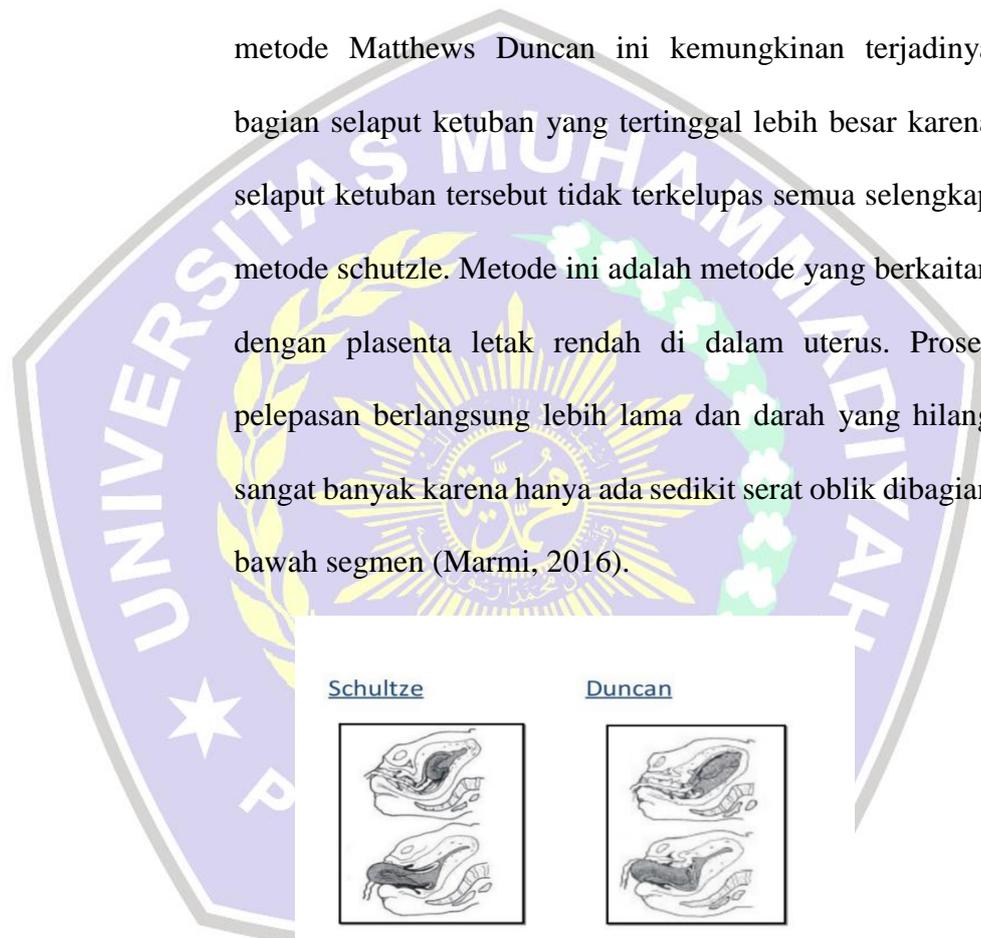
Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah.

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 kantung 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 terjadiperdarahan 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 schutzle. 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).



Gambar 2. 6 mekanisme pelepasan plasenta

Sumber: (Komalasari, 2014)

4. Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama setelah lahir. Masa ini merupakan masa paling kritis untuk mencegah

kematian ibu yang disebabkan oleh perdarahan. Penanganan pada kala IV :

- a. Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat, massase terus sampai menjadi keras
- b. Memeriksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- c. Menganjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.
- d. Membersihkan perineum ibu dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
- e. Membiarkan ibu istirahat dan membiarkan bayi pada dada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi dan inisiasi menyusui dini.
- f. Memastikan ibu sudah BAK dalam 3 jam setelah melahirkan.
- g. Mengajari ibu atau anggota keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

H. Kebutuhan Ibu Bersalin

Ada beberapa kebutuhan dasar bagi wanita dalam persalinan menurut Lesser&Keane, antara lain :

1. Asuhan fisik

Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis pada ibu dan keluarga kala I,II, dan III adalah sebagai berikut:

a. Kala I

Kebutuhan-kebutuhan yang harus terpenuhi di kala I, antara lain:

1) Mengatur aktivitas dan posisi ibu

Saat dimulainya persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap, ibu masih dapat diperbolehkan melakukan aktivitas, namun harus sesuai dengan kesanggupan ibu agar ibu tidak merasa jenuh dan rasa kecemasan yang dihadapi oleh ibu saat menjelang persalinan dapat berkurang. Pada kala I, ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman selama persalinan dan kelahiran. Peran suami di sisi adalah untuk membantu ibu berganti posisi yang nyaman agar ibu merasa ada orang yang menemani di saat proses menjelang persalinan.

2) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his

His merupakan kontraksi pada uterus di mana his ini termasuk tanda-tanda persalinan yang mempunyai sifat intermiten, terasa sakit, terkoordinasi, dan simetris serta terkadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik dan psikis. Karena his sifatnya menimbulkan rasa sakit maka ibu disarankan menarik nafas panjang dan kemudian anjurkan ibu untuk

menahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.

3) Menjaga kebersihan ibu

Saat persalinan akan berlangsung, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan. Di sini ibu harus berkemih paling sedikit setiap 2 jam atau lebih atau jika ibu merasa ingin berkemih. Kandung kemih yang penuh akan mengakibatkan :

- a) Memperlambat turunnya bagian terbawah janin dan memungkinkan menyebabkan partus macet.
- b) Menyebabkan ibu tidak nyaman
- c) Meningkatkan risiko perdarahan pasca persalinan yang disebabkan antonia uteri.
- d) Meningkatkan risiko infeksi saluran kemih pasca persalinan

(Mutmainnah,dkk. 2017)

4) Pemberian cairan dan nutrisi

Tindakan kita sebagai tenaga kesehatan yaitu memastikan ibu untuk mendapat asuhan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan kelahiran bayi. Pada fase aktif ibu hanya ingin mengkonsumsi cairan, oleh karena itu bidan menganjurkan keluarga untuk menawarkan ibu minum sesering

mungkin dan makan ringan selama persalinan berlangsung dan memberikan lebih banyak energi yang mencegah dehidrasi. Dehidrasi ini bila terjadi akan memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur (Mutmainnah,dkk. 2017).

b. Kala II

Kala II persalinan akan mengakibatkan suhu tubuh ibu meningkat dan saat ibu mengejan selama kontraksi dapat membuat ibu menjadi kelelahan. Di sini bidan harus dapat memenuhi kebutuhan selama kala II, di antaranya :

1) Menjaga kandung kemih tetap kosong

Menganjurkan ibu untuk berkemih sesering mungkin setiap 2 jam atau bila ibu merasa kandung kemih sudah penuh. Kandung kemih dapat menghalangi penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul. Jika ibu tidak dapat berjalan ke kamar mandi bantulah agar ibu dapat berkemih dengan wadah penampung urine.

2) Menjaga kebersihan ibu

Di sini ibu tetap dijaga kebersihan dirinya agar terhindar dari infeksi.

3) Pemberian cairan

Menganjurkan ibu untuk minum selama kala II persalinan dianjurkan karena selama bersalin ibu akan mudah mengalami dehidrasi, selama proses persalinan

dan kelahiran bayi. Dengan cukupnya asupan cairan, ini dapat mencegah ibu mengalami dehidrasi.

4) Mengatur posisi ibu

Pada saat mendampingi mengejan, bantu ibumemperoleh posisi yang paling nyaman. Ibu dapat berganti posisi secara teratur selama kala II persalinan. Karena perpindahan posisi yang sering kali mempercepat kemajuan persalinan. Biasanya posisi duduk atau setengah duduk dipilih ibu bersalin karena nyaman bagi ibu dan ibu bisa beristirahat dengan mudah diantara kontraksi jika merasa lelah, dan keuntungan lain dari posisi ini yaitu dapat memudahkan melahirkan kepala bayi. Ada 4 posisi yang sering digunakan dalam persalinan di antaranya adalah posisi jongkok, menungging, tidur miring, dan setengah duduk. Adapun cara-cara meneran yang baik bagi ibu diantaranya adalah:

- a) Menganjurkan ibu untuk meneran sesuai dengan alamiah selama kontraksi.
- b) Jangan anjurkan ibu menahan napas pada saat meneran
- c) Menganjurkan ibu untuk berhenti meneran dan beristirahat di antara kontraksi

- d) Jika ibu berbaring miring atau setengah duduk, ibu mungkin merasa lebih mudah meneran. Begitu pula jika ibu menarik lutut ke arah dada dan menempelkan dagu ke dada
- e) Menganjurkan ibu untuk tidak mengangkat pantat saat meneran
- f) Tenaga kesehatan (bidan) tidak dianjurkan untuk melakukan dorongan pada fundus untuk membantu kelahiran bayi karena dorongan pada fundus dapat meningkatkan distosia bahu dan ruptur uteri.

(Mutmainnah,dkk. 2017)

c. Pengeluaran Kala III

Adapun pemenuhan kebutuhan pada kala III diantaranya:

1) Menjaga kebersihan

Pada daerah vulva ibu, harus selalu dijaga kebersihannya untuk menghindari infeksi.

2) Pemberian Cairan dan Nutrisi

Memberikan asupan nutrisi (makanan ringandan minuman setelah persalinan karena ibu lebih banyak mengeluarkan tenaga selama kelahiran bayi. Dengan pemenuhan asupan nutrisi ini diharapkan agar ibu tidak kehilangan energi.

3) Kebutuhan istirahat

Setelah janin dan plasenta lahir kemudian ibu sudah dibersihkan, ibu dianjurkan untuk istirahat karena sudah mengeluarkan banyak tenaga pada saat persalinan. Di sini pola istirahat ibu dapat membantu mengembalikan alat-alat reproduksi dan meminimalisir trauma pada saat persalinan.

(Damayanti, 2015)

I. Masalah Persalinan

Beberapa masalah yang bisa terjadi menjelang persalinan, proses persalinan dan paska persalinan menurut (Rabiah, 2013) antara lain :

1. Janin terlilit tali pusat

Kondisi ini kerap membuat para calon ibu khawatir. Pasalnya ada penelitian yang mengatakan 25% janin mengalami hal ini. Dan ada juga penelitian yang mengatakan sekitar 20% persalinan normal. Terdapat beberapa tali pusat yang tidak membahayakan janin sehingga dipastikan dengan pemeriksaan ultrasonografi. Dengan pemeriksaan ini dapat dilihat posisi lokasi lilitan tali. Beberapa kali lilitan terjadi dan bagaimana aliran darah di daerah lilitan tersebut bisa diketahui apakah lilitan tali pusat tersebut membahayakan janin atau tidak. Kondisi bayi yang terlilit tali pusat akan berpengaruh terhadap ibu dan si jabang bayi, yaitu :

2. Gangguan proses persalinan normal, karena janin tidak turun ke rongga panggul menuju jalan lahirnya

Jika lilitan terlalu kuat membuat janin kekurangan oksigen(hipoksia) dan akan membahayakan. Membahayakan apabila kondisi seperti diatas dan calon ibu ingin memutuskan persalinan normal, maka perlu pendampingan dari dokter yang terus memonitor apakah dapat menyebabkan bahaya. Jika keadaan semakin memburuk maka jalan satu-satunya adalah dengan SC.

3. Posisi bayi sungsang

Bila bayi didapati dengan posisi sungsang mintalah dokter untuk mengembalikan posisi janin sebelum meminta anda untuk melakukan proses persalinan SC. Tindakan yang dapat anda lakukan agar bayi anda kembali ke posisi normal maka lakukan knee-chest atau posisi sujud-menungging (dada lutut). Jika posisi janin tetap sungsang sampai akhir kehamilan, biasanya dokter akan melakukan tindakan *Eksternal Cephalic Version* (ECV) atau memutar janin. Tindakan ini dapat dilakukan bila :

- a) Ibu hamil tidak mengalami perdarahan pada vagina dan plasenta di dekat mulut rahim
- b) Detak jantung bayi tidak normal
- c) Hamil kembar
- d) Pertumbuhan janin tidak normal

- e) Air ketuban kurang
- f) Bayi lahir dengan sindroma down

Bayi lahir dengan kondisi sindroma down atau sindroma mongoloid terjadi karena kelainan pembelahan sel di seluruh tubuh bayi yang disebut non disjunction. Hal ini yang menghasilkan janin yang saat ini masih berupa embrio dengan tiga copy kromosom bukan 2 copy sebagaimana mestinya. Penyebab ini masih belum di ketahui sampai sekarang.

4. Bayi lahir prematur

Penyebab umumnya terjadinya kelahiran prematur adalah *Premature Rupture of Membrane* (PROM). Ini terjadi karena selaput ketuban pecah dan air ketuban keluar sebelum waktunya lahir. Beberapa ahli berpendapat bahwa pemicunya adalah :

- a) Infeksi vagina, kadar hormon esterogen yang meningkat dalam keadaan hamil menyebabkan vagina memproduksi lebih banyak glikogen yang mendukung pertumbuhan jamur. Pencegahannya adalah menjaga kebersihan vagina.
- b) Infeksi saluran kemih, gejalanya adalah merasa terbakar ketika buang air kecil, sakit di seputar panggul atau di bawah puser, anyang-anyangan atau sering terasa mau buang air kecil, urin bau dan berwarna keruh serta

terkadang ada darahnya. Pencegahan dengan minum air putih sesuai dengan kebutuhan tubuh

- c) Listeria atau listeriosis. Infeksi ini sering diabaikan, gejalanya mirip flu dengan sedikit demam serta kadang diare. Selain kelahiran prematur, bayi bisa menderita meningitis. Pencegahannya dengan menghindari makanan yang mudah dihinggapi jamur seperti keju lunak atau daging yang belum matang
- d) Cairan amniotik yang terlalu banyak
- e) Mulut rahim yang lemah
- f) Bentuk rahim yang tidak normal, misal memiliki kantong rahim ganda tetapi satu mulut rahim
- g) Hamil kembar
- h) Stress selama fase kehamilan. Pencegahannya dengan melakukan relaksasi.
- i) Hamil di usia yang sudah tua.

5. Plasenta previa

Plasenta previa dimana plasenta tumbuh di tempat yang salah. Seharusnya plasenta terbentuk di sepanjang bagian atas rahim. Namun pada kasus ini plasenta justru melekat atau menutupi serviks. Kondisi ini mengganggu proses persalinan karena plasenta menutupi jalur lahir dan sekitar 0,5% ibu hamil mengalami plasenta previa. Letak plasenta yang tidak pada tempatnya ini bisa diketahui sejak sebelum proses persalinan.

Plasenta previa biasanya dapat terdeteksi melalui ultrasonografi. Jika terdeteksi tumbuh di bawah rahim pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu, maka ibu hamil dinyatakan positif mengalami plasenta previa. Jika plasenta menghalangi jalan lahir maka diputuskan untuk persalinan SC. Tanda klinis dari plasenta previa adalah painless bleeding atau perdarahan tanpa nyeri. Hal ini harus ditangani cepat dan tepat karena berakibat fatal bagi ibu dan janin. Penyebabnya masih belum diketahui.

Terdapat beberapa resiko terjadinya plasenta previa yakni :

- a) Pernah melakukan kuratasae dan operasi caesar di kehamilan sebelumnya
 - b) Kehamilan kembar
 - c) Hamil di bawah usia 20 tahun atau di atas 30 tahun
 - d) Memiliki riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya.
6. Pre eklampsia dan postpartum eklampsia

Pre eklampsia merupakan keadaan dimana tekanan darah meningkat dan terdapat protein dalam urin yang hanya bisa terjadi selama masa kehamilan. Ketika pre eklampsia terjadi di minggu-minggu akhir kehamilan, maka dokter akan cepat mengambil tindakan mengeluarkan janin sebagai bentuk pertolongan pada janin. Namun jika pre eklampsia terjadi di awal kehamilan maka pihak medis akan mengambil tindakan memperpanjang masa kehamilan sampai janin dianggap telah

cukup kuat untuk dilahirkan dan keadaan ibu baik. Pre eklampsia masih bisa terjadi setelah persalinan dan risiko masih tinggi samapi 4 minggu, setelahnya bila keadaan pre eklampsia tidak ditangani dengan baik dikhawatirkan terjadi eklampsia dengan tanda klinis berupa kejang dan koma.

Terdapat beberapa gejala sebelum terjadi eklampsia atau impending eklapsia yaitu : tekanan darah meningkat, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri perut bagian atas (nyeri uluh hati), pembekalan seluruh badan, nyeri otot dan sendi. Penyebab pre eklampsia belum dapat dipastikan. Menurut dugaan para ahli faktor genetik, pola makan, difisiensi vitamin (misalnya vitamin A) atau penulakan sistem imun dari plasenta oleh tubuh ibu. baik pre eklampsia dan eklampsia penanganannya dilakukan oleh dokter dengan memberikan obat-obatan seperti magnesium sulfat untuk mencegah dan mengatasi kejang. Lalu suntikan labelatol, nicardipine, nifedipine, atau hidralazin untuk menurunkan tekanan darah.

7. Ketuban pecah dini

Penanganan ketuban pecah dini sangat tergantung pada kondisi ibu dan kehamilannya, termasuk janin dan cairan ketuban. Jika jumlah cairan ketuban masih cukup, maka dokter cenderung menahan janin di rahim. Dan si calon ibu harus beristirahat total dan mendapat penanganan diberikan obat-obat untuk memtangkan paru-paru janin dan antibiotik untuk

mencegah infeksi. Umumnya hal ini akan membuat selaput ketuban akan menutup sendiri dan cairan ketuban akan kembali dan terus dibentuk. Jika cairan ketuban habis sama sekali, dokter akan segera mengeluarkan bayi lewat jalan operasi SC. Tips mencegah ketuban pecah :

- a) Periksa kehamilan secara teratur dan segera ke obgyn jika merasa ada yang tidak normal dengan kehamilan atau di daerah kemaluan.
 - b) Bersihkan daerah kemaluan dengan dari mulai depan ke belakang.
 - c) Jika mulut rahim cenderung lemah segera hentikan melakukan hubungan seksual.
 - d) Konsumsi vitamin C secara teratur terlebih saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu.
8. BBLR (Berat Badan Bayi Lahir Rendah)

Proses kelahiran cenderung lancar tetapi kondisi bayi yang baru saja dilahirkan tidak sempurna. Tak sedikit bayi yang dilahirkan dalam kondisi berat badan rendah. Umumnya terjadi lantaran usia kehamilan yang belum cukup bulan atau bayi lahir tapi berat badan saat lahir lebih kecil ketimbang pada saat di dalam kandungan (dismaturitas). Faktor penyebab berat badan bayi lahir rendah :

- a) Adanya gangguan pertumbuhan janin yang sering disebabkan oleh suplai makanan dari ibu ke janin berkurang
- b) Kelainan plasenta
- c) Infeksi atau hipertensi

Pencegahan berat badan bayi lahir rendah :

- a) Mengonsumsi makanan yang dianjurkan dokter obgyn
 - b) Selalu menjaga kehamilan berkembang normal.
- Sedangkan penanganan bayi lahir dengan berat badan rendah adalah memantau asupan gizi yang masuk ke dalam tubuh bayi.

J. Lima Benang Merah

Terdapat lima dasar aspek yang sangat penting baik dalam persalinan normal maupun patologis, Lima Benang Merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Membuat keputusan klinik

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

pertolongan. Ada empat langkah proses pengambilan keputusan klinik diantaranya:

a. Pengumpulan data, pengumpulan data ini meliputi data subyektif dan data obyektif

Petugas kesehatan atau penolong persalinan mengumpulkan data subyektif maupun obyektif dari klien secara langsung. Data subyektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang sedang dialami, termasuk informasi tambahan yang diberikan oleh anggota keluarga tentang status keadaan ibu. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan atau pengantar terhadap ibu atau bayi baru lahir. Cara mengumpulkan data, yaitu :

- 1) Berbicara dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada ibu tentang kondisi dan riwayat perjalanan penyakit
- 2) Mengamati tingkah laku ibu apakah terlihat sehat atau sakit, aman atau terganggu
- 3) Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara : inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi
- 4) Melakukan pemeriksaan tambahan lainnya bila diperlukan, misalnya pemeriksaan laboratorium, rontgen, dan lain-lain (Damayanti, 2015).

2. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah

Setelah data dikumpulkan, penolong persalinan melakukan analisis dan mengikuti algoritma diagnosa. Peralihan dari analisis data menuju pada pembuatan diagnosis bukanlah suatu proses yang linear (berada pada satu garis lurus) melainkan suatu proses linear (berada pada suatu garis lurus) melainkan suatu proses sirkuler (melingkar) yang berlangsung terus menerus. Suatu diagnosis kerja diuji dan dipertegas atau dikaji ulang berdasarkan pengamatan dan pengumpulan data secara terus menerus. Untuk identifikasi masalah dan membuat diagnosis, diperlukan :

- a. Data yang lengkap dan akurat
- b. Kemampuan untuk menginterpretasi atau analisis data
- c. Pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada

Diagnosis dibuat sesuai dengan istilah atau nomenklatur (istilah yang dikenal atau biasa dipakai) spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi kondisi yang berkisaran antara normal dan patologik yang memerlukan upaya korektif untuk menyelesaikannya. Masalah dapat memiliki dimensi yang luas dan mungkin berada di luar konteks sehingga sulit untuk segera diselesaikan. Masalah

obstetrik merupakan bagian dari diagnosis sehingga selain upaya kolektif dalam penatalaksanaan, juga diperlukan upaya penyertaan untuk mengatasi masalah.

(Damayanti, 2015)

3. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi atau dihadapi

Bagian ini dianalogikan dengan proses diagnosis kerja setelah mengembangkan berbagai kemungkinan lain (diagnosis banding). Rumusan masalah mungkin saja terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis tetapi dapat pula merupakan masalah utama yang paling terkait dengan beberapa masalah penyerta atau faktor lain yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama. Dalam pekerjaan sehari-hari, penolong persalinan yang terampil, akan segera mengetahui bahwa seorang pasien adalah primigravida dalam fase aktif persalinan (diagnosis).

Tetapi apabila sang ibu juga mengalami anemia (masalah) maka identifikasi penyebab masalah ini tidak mungkin seperti membuat diagnosis di atas. Hal tersebut memerlukan analisis lanjutan untuk menentukan apakah anemia tadi disebabkan oleh defisiensi zat besi (kurang asupan), intervensi parasit (malaria, cacing, dsb) atau budaya setempat (faktor sosial dan rendahnya pendidikan) yang melarang ibu hamil mengkonsumsi makanan bergizi (malnutrisi). Dengan kata

lain, walaupun sudah ditegakkan diagnosis kerja tetapi bukan berarti bahwa tidak ada masalah lain yang dapat menyertai atau mengganggu upaya pertolongan yang akan diberikan oleh seorang penolong persalinan (Damayanti, 2015).

4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah

Petugas kesehatan di lini depan atau bidan di desa, tidak hanya diharapkan terampil membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya. Untuk mengenai situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan budaya masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan ibu dan bayinya apabila situasi gawat darurat memang terjadi. Upaya ini dikenal sebagai kesiapan menghadapi persalinan dan tanggap terhadap komplikasi yang mungkin terjadi (*birth preparedness and complication readiness*). Dalam uraian-uraian berikutnya, petugas pelaksana persalinan akan terbiasa dengan istilah rencana rujukan yang harus selalu disiapkan dan didiskusikan diantara ibu, suami, dan penolong persalinan (Damayanti, 2015).

5. Menyusun rencana pemberian asuhan dan intervensi untuk solusi masalah

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang telah diperoleh, identifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi, dan mengukur sumber daya atau kemampuan yang dimiliki. Hal ini dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya dari berbagai masalah atau penyulit potensial dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu ataupun mengancam keselamatan ibu dan bayi. Rencana asuhan harus dijelaskan dengan baik kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong untuk menghindarkan ibu dan bayinya dari berbagai gangguan yang mungkin dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka (Damayanti, 2015).

6. Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindarkan terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan atau bayinya yang baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat membuat pilihan yang baik dan benar. Pada beberapa keadaan, penolong sering

dihadapkan pada pilihan yang baik dan benar. Pada beberapa keadaan, penolong sering dihadapkan pada pilihan yang sulit karena ibu dan keluarga meminta penolong yang menentukan intervensi yang terbaik bagi mereka. Penjelasan bahwa hal tersebut tidak sesuai dengan hak klien, memerlukan pengertian dan kerja sama yang baik dari ibu dan keluarganya. Jelaskan bahwa kewajiban petugas adalah memberikan konseling, penjelasan objektif dan mudahdimengerti agar klien dan keluarga memahami situasi yang dihadapi dan mampu membuat keputusan untuk memperoleh hasil yang terbaik bagi ibu, bayi dan keluarga. Beberapa faktor yang dapat memengaruhi pilihan adalah :

- a. Bukti-bukti ilmiah
 - b. Rasa percaya ibu terhadap penolong persalinan
 - c. Pengalaman saudara atau kerabat untuk kasus yang serupa
 - d. Tempat dan kelengkapan fasilitas kesehatan
 - e. Biaya yang diperlukan
 - f. Akses ke tempat rujukan
 - g. Luaran dari sistem atau sumber daya yang ada
- (Damayanti, 2015)

7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian dievaluasi untuk menilai efektivitasnya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu. Proses pengumpulan data, membuat diagnosis, memilih intervensi, menilai kemampuan diri, melaksanakan asuhan atau intervensi dan evaluasi adalah proses sirkuler (melingkar). Lanjutan evaluasi yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir. Jika pada saat evaluasi ditemukan status ibu atau bayi baru lahir telah berubah, sesuaikan asuhan yang diberikan untuk memenuhi perubahan kebutuhan tersebut. Asuhan atau intervensi dengan membawa manfaat dan teruji efektivitasnya apabila masalah yang dihadapi dapat diselesaikan atau membawa dampak yang menguntungkan terhadap diagnosis yang telah diberikan. Apapun jenisnya, asuhan dan intervensi yang diberikan harus efisien, efektif, dan dapat diaplikasikan pada kasus serupa dimasa datang. Bila asuhan atau intervensi tidak membawa hasil atau dampak seperti yang diharapkan maka sebaiknya dilakukan kajian ulang dan penyusunan kembali rencana asuhan hingga pada akhirnya dapat memberikan dampak seperti yang diharapkan (Damayanti, 2015).

8. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang 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 tanggap 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

- k. Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
 - l. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
 - m. Hindari tindakan berlebihan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma
 - n. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
 - o. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir
 - p. Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
 - q. 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, 2015)
9. Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan :
- a. Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)
 - b. Bantu ibu untuk menyusukan bayinya, anjurkan memberikan ASI sesuai dengan yang diinginkan bayinya dan ajarkan tentang ASI eksklusif
 - c. Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan
 - d. Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayinya

- e. Ajarkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir (Mika Oktarina, 2016).

10. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinandan 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. Tekhnik 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. Antisepsis

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) adalah:

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

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

- 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 instrumen atau 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 Oktarina, 2016)

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 Oktarina, 2016)

12. Pencatatan atau Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan (Dewi, 2011)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah:

- a. Kelengkapan status klien
- b. Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya
- c. Partograf sebagai instrumen membuat keputusan dan dokumentasi klien
- d. Kesesuaian kelaikan kondisi klien dan prosedur klinik terpilih
- e. Upaya dan tatalaksana rujukan yang diperlukan.

13. 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 atau gejala infeksi, pre-eklampsia/hipertensi dalam kehamilan, tinggi fundus 40 cm atau 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 menumbung, syok. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk melaksanakan kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir seperti :

1. Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
2. Transfusi darah
3. Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cuman
4. Pemberian antibiotik intravena
5. Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi

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

- a. Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- b. Ketersediaan pelayanan purna waktu

- c. Biaya pelayanan
- d. 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.

K. 60 LANGKAH APN

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda ggejala kala II (ibu merasa adanya dorongan kuat dan meneran,tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina, perineum tampak menonjol, vulva dan spigter ani membuka).
- 2) Memeriksa kelengkapan alat, bahan dan obat-obatan esensial pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik ke dalam partus set. Dan menatalaksana komplikasi segera pada

ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi :

- a) Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat
- b) 3 handuk/ kain bersih, dan kering
- c) Alat penghisap lendir
- d) Lampu sorot

Untuk ibu :

- a) Menggelar kain / underped di bawah ibu
- b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
- c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Memakai clemek plastik
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik/sput (gunakan tangan yang memakai srung tangan DTT dan steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum
 - a) Jika introitus vagina terkena kotoran atau tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang

- b) Jika terkontaminasi lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan kedalam larutan klorin secara terbalik, pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah, jika pembukaan lengkap ketuban belum pecah dilakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan, Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % membuka rarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
- 11) Memberi tahu ibu pembukan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
- a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ngin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu serta janin, (ikuti pedoman pedoman fase aktif)
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his atau kontraksi, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan merasa nyaman).

13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang 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 tidak sesuai
- c) Bantu ibu men gambil posisi yang nyaman
- d) Anjurkan ibu istirahat diantara kontraksi
- e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
- f) Berikan cukup asupan cairan (berikan minum)
- g) Menilai djj setiap kontraksi uterus selesai

14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi aman dan nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm

16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.

17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

19) Saat kepala janin tampak pada vulva dengan diameter 5-6 cm, 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 bernafas cepat dan dangkal.

20) Cek apakah ada lilitan tali pusat atau tidak (ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi)

- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
- b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara kedua klem tersebut.

21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Mengajarkan ibu untuk meneran saat kontraksi dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).
- 25) Melakukan penilaian selintas :
- Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
 - Apakah bayi bergerak aktif?
- 26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.
- 27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)
- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuscular) 1/3 paha atas distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
- 30) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara klem tersebut.
- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengaitkan dengan simpul kunci pada sisi lainnya
- c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke bayi secara tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu, usahakan kepala bayi berada diantara panyudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting panyudara ibu.

- a) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kaain hangat dan pasang topi di kepala bayi
- b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit di dada ibu selama 1 jam
- c) Sebagian bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 menit sampai 1 jam,
- d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui

Catatan perkembangan kala III

Jam :

Tanggal :

S : data subyektif merupakan pendokumentasian manajemn kebidanan menurut hellen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ibi berhubungan dengan maslah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawairan dan keluhanna yang dicatat sebagai kutiapn langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (yusari, 2016)

o : data obyektif merupakan pendokumentasian manajemn kebidanan menurut hellen varney langkah pertama (pengjajian data) yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien , pemeiksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain

A : analisis atau assasment merupakan pendokkumentasian hasil analisis dan interpretasi(kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif (yusari)

P : planning perencanaan asuhan

33) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

34) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas shimpisis, untuk mendeteksi. Yang lain menegangkan tali pusat.

35) Setelah uterus berkontraksi , tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah atas

(dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri), jika plasenta tidak lahir setelah 30 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

- a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu

36) Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorso kranial ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

- a) Ibu boleh meneran tapi tali pusat hanya ditegakkan (jangan ditarik secara kut terutama jika uterus tidak berkontraksi)
- b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar lima cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- c) Jika plasenta tidak lepas setelah 30 menit, lakukan pemberian ulang oksitosin 10 unit secara im, jika tidak juga lahir lakukan plasenta manual

37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta searah jarum jam hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan,

periksa kelengkapan plasenta dan tempatkan plasenta pada wadah yang sudah disiapkan.

- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan dtt atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari jari tangan atau klem ovum DTT\steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan

Massase fundus uterus selama 15 detik dengan cara letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

Catatan perkembangan kala IV

Jam :

Tanggal :

S: Data subyektif pendokumentasian manajmen kebidanan menurut hellen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Dataini berhubungan denngan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnese. Ekspresi pasien mengenai keekkhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (yusari, 2016)

o: data obyektif merupakan pendokumentaasian manajemn kebidanan menurut hellen varney langkah pertama (pengkajian data) yang diperolehh dari hasil observasi yang

jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain (yusari, 2016)

A: Analisis dan interpretasi (kesimpulan)

P: planning atau rencana asuhan kedepannya

39) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bagian bayi dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastic atau tempat kusus.

40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

41) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervagiam

42) Pastikan kandung kemih kosong, jika perlu lakukan kateterisasi.

43) Celupkan tangan yang masih memeakai sarung tangan kedalam larutan klorin, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas di air dtt tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.

44) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.

45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik

46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)

- a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, lakukan resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b) Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke rumah sakit
 - c) Jika kaki teraba dingin, patikan ruangan hangat, lakukan kembali kontak kulit ibu dan bayi dan hangatkan dalam 1 selimut
- 48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai (sampah medis)
- 50) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering
- 51) Memastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI, dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum dan makanan yang diinginkan
- 52) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5 %
- 53) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% , melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 54) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk kering.

- 55) Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pastikan kondisi bayi baik, pernafasan normal (40-60 kali/menit) dan temperatur suhu tubuh bayi normal (36,5 -37,5 derajat celsius) setiap 15 menit
- 57) Setelah 1 jam pemberian Vitamin K1, berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk kering
- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan (Laras Ayu,2019).

L. Teori Partograf

1. Pengertian

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNKP-KR, 2014)

2. Tujuan

Adapun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah sebagai berikut :

- a) Mencatat hasil observasi dari kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama
- c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir.

(JNKP-KR, 2014)

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk :

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

(JNKP-KR, 2014)

3. Penggunaan Partograf

Partograf harus digunakan :

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan.

Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit

- b) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, puskesmas, BPM, rumah sakit, dll)

- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (spesialis obstetri, bidan, dokter umum/residen, dan mahasiswa kedokteran) (JNKP-KR, 2014).

4. Pengisian Partograf

Pengisian partograf antara lain :

- a) Pencatatan selama fase laten kala I persalinan

Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik di catat kemajuan persalinan maupun Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal

dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :

- 1) Denyut jantung janin setiap 30 menit
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap

30 menit

- 3) Nadi setiap 30 menit
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- 5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- 7) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2-4 jam
- 8) Pencatatan selama fase aktif persalinan

(JNKP-KR, 2014)

- b) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan meliputi :

- 1) Informasi tentang ibu : nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan medik, tanggal dan

waktu mulai dirawat (atau jika di rumah tinggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)

- 2) Waktu pecahnya selaput ketuban
- 3) Kondisi janin : DJJ (denyut jantung janin), warna dan adanya air ketuban, penyusupan (moulase) kepala janin
- 4) Kemajuan persalinan : pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin, garis waspada dan garis bertindak
- 5) Jam dan waktu : waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
- 6) Kontraksi uterus: frekuensi dan lamanya
- 7) Obat-obatan dan cairan yang diberikan : oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
- 8) Kondisi ibu : nadi, tekanan darah, dan temperatur, urin (volume, aseton, atau protein)
- 9) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan).

5. Mencatat temuan pada partograf

Adapun temuan-temuan yang harus dicatat adalah :

- a) Informasi tentang ibu Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara telitipada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai jam

atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban

b) Kondisi janin Bagian atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin)

1) Denyut jantung janin

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegasbersambung. Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf diantara 180 dan 100. Akan tetapi penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

2) Warna dan adanya air ketuban

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

Tabel 2.5

Lambang warna air ketuban

U	Selaput ketuban masih utuh (belum pecah)
J	Selaput ketuban mudah pecah dan air ketuban jernih
M	Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
D	Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
K	Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

Sumber :(JNKP-KR, 2014)

6. Penyusupan (molase) tulang kepala janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disporposi kepala panggul (CFD). Ketidak mampuan untuk berakomodasi atau

disporposi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih (molase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disporposi kepala panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai di bawah laju air ketuban. Gunakan lambang- lambang berikut ini :

Tabel 2.6

molase tulang kepala janin

0	Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
1	Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
2	Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
3	Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

Sumber (JNKP-KR, 2014)

7. Kemajuan Persalinan

Kolom dan laju kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam sentimeter dan menempati laju dan kotak tersendiri. Perubahan ini atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm.

Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagianterbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan. Setiap kotak segi empat atau jubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu.

a) Pembukaan serviks Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Perhatikan:

- 1) Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam
- 2) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif. Hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis

waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks (hasil pemeriksaan dalam) dan cantumkan tanda “X” pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.

3) Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus)

b) Penurunan bagian terbawah janin

Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (persalinan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah bagian jani yang telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi ada kalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm. Berikan tanda “O” yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda “O” di garis angka 4. Hubungkan tanda “O” dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus

c) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit. Garis bertindak tertera sejajar di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNKP-KR, 2014).

8. Janin dan Waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNKP-KR, 2014)

9. Kontraksi Uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom panjang kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik.

Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi (JNKP-KR, 2014)

10. Obat-obatan dan Cairan yang Diberikan

a) Oksitosin

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

b) Obat-obatan lain

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (JNKP-KR, 2014).

11. Halaman Belakang

Pertograf Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalina kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatkan asuhan yang telah

diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan). Selain itu, catatan persalinan (yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai memantau sejak mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman (JNKP-KR, 2014).



2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Nifas

Masanifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil.

Lamanya masa nifas yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011)

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Romauli, 2011)

B. Tahapan Masa Nifas

1. Puerpurium dini Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Puerpurium intermedial Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
3. Remote puerpunium Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan.

C. Proses Masa Nifas

1. Involusi Uterus

Uterus berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula seperti keadaan sebelum hamil. Setelah bayi lahir TFU

setinggi pusat. Setelah plasenta lahir 2 jari dibawah pusat, 6 hari post partum pertengahan symphysis-pusat, 10 hari post partum uterus tidak teraba. Uterus mengecil dan mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-ototnya.

2. Perubahan Serviks dan Vagina

Serviks menganga seperti corong disebabkan oleh korpus uteri berkontraksi. Vagina lambat laun mencapai ukuran normal pada minggu ke 3 dan akan tampak kembali

3. Perubahan pada traktus urinarius

Pada dinding kandung kemih mengalami oedema sehingga menyebabkan hyperemia terkadang sampai terjadi obstruksi sehingga akan menekan uretra dan terjadi retensi urine ini akan pulih kembali setelah 2 minggu

4. Laktasi

Perubahan yang terjadi pada mammae yaitu proliferasi jaringan, kelenjar alveolus, lemak. Pengaruh oksitosin yaitu merangsang kelenjar susu berkontraksi karena rangsangan penghisapan pada puting susu.

Tabel 2.7

Kunjungan Nifas

Kunjungan masa nifas ke 1 6 jam	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri . b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain, perdarahan,
---------------------------------	---

<p>sampai 3 hari</p>	<p>rujuk bila perdarahan berlanjut.</p> <p>c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</p> <p>d. Pemberian ASI awal</p> <p>e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir</p> <p>f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi</p>
<p>Kunjungan nifas ke 2 (4 hari sampai 28 hari setelah persalinan)</p>	<p>a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</p> <p>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada</p>

	<p>bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari</p>
<p>Kunjungan nifas ke 3 (29 hari sampai 42 hari setelah persalinan).</p>	<p>a. Memberikan konseling Keluarga berencana secara dini</p> <p>b. Menganjurkan ibu membawa bayinya ke puskesmas untuk dilakukan imunisasi</p>

Sumber : (Midwifery Update, 2016)

D. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

a) Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terdiri dari 3 bagian yaitu : fundus, uteri, korpus uteri dan serviks uteri. Dinding uterus

terdiri dari otot polos dan tersusun atas 3 lapisan, yaitu :

- 1) Perimetrium, yaitu lapisan terluar yang berfungsi sebagai pelindung uterus
- 2) Miometrium, yaitu lapisan yang kaya akan sel otot dan berfungsi untuk kontraksi dan relaksasi uterus dengan melebar dan kembali ke bentuk semula setiap bulannya
- 3) Endometrium, merupakan lapisan terdalam yang kaya akan sel darah merah. Bila tidak terjadi pembuahan maka dinding endometrium akan meluruh bersama dengan sel ovum matang. Satu minggu setelah persalinan berat uterus menjadisekitar 500 gram, dua minggu setelah persalinan menjadi sekitar 300 gram dan menjadi 40-60 gram setelah enam minggu persalinan. Perubahan ini terjadi karena segera setelah persalinan kadar hormon esterogen dan progesteron akan menurun dan mengakibatkan proteolisis pada dinding uterus.

Perubahan yang terjadi pada dinding uterus adalah timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Jaringan-jaringan ditempat implantasi plasenta

akan mengalami degenerasi dan kemudian terlepas. Tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas tempat implantasi plasenta karena pelepasan jaringan ini berlangsung lengkap (Dewi Maratalia, 2012).

Tabel 2.8

Perubahan Uterus

Involusi uteri	Tinggi fundus uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5	Lembut/ Lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan antara pusat dan symphysis	500 gr	7,5	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2.5	Menyempit

Sumber : (Dewi Maratalia, 2012).

b) Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum, menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi; ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Nugroho,dkk 2014)

c) Perubahan pada serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang- kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan pernah kembali lagi ke keadaan seperti sebelum hamil. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan

bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali.

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta pertengahan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4.

e) Lokhea

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Lokhea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiapwanita. Lokhea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokhea dapat dibagi menjadi lokhea rubra, sanguilenta, serosa, dan alba (Nugroho,dkk 2014).

Tabel 2.9
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 atau 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)

1. Perubahan sistem pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi-kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

a) Nafsu makan

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

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cernamenetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir.

Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus otot dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemorroid, ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain

- 1) Pemberian diet atau makanan yang mengandung serat
- 2) Pemberian cairan yang cukup
- 3) Pengetahuan tentang pada eliminasi pasca melahirkan
- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir. Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain (Pitriani, dkk 2014)

2. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih sesudah bagian ini mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum.

Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitif dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urine residual (normal kurang lebih 15cc). Dalam hal ini, sisa urine dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat menyebabkan infeksi.

3. Perubahan sistem musculoskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang padawaktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi akibat putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

4. Perubahan sistem endoktrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endoktrin. Hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut, antara lain :

a) Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun

dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormon plasenta menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum (Yulifah, 2012)

b) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hipotalamik pituitary ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan memengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama an ovulasi.

d) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri (Nugroho,dkk 2014).

e) Kadar esterogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar esterogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

5. Tanda-tanda vital

a) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$), namun tidak lebih dari 38°C . Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Setelah 12 jam postpartum, suhu tubuh akan meningkat, makaperlu dicurigai terhadap kemungkinan terjadinya infeksi (Dewi Maritalia, 2012)

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi

maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum(Nugroho, dkk 2014).

c) Tekanan darah

Tekanan darah normal untuk systol berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg. Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan. Bila tekanan darah mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole atau lebih dari 15 mmHg pada diastole perlu dicurigai timbulnya hipertensi tau pre eklampsia post partum(Dewi Maritalia, 2012).

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengiktitnya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Ambarwati,dkk 2012).

6. Perubahan kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untukmenampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali esterogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali ke proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam

2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Hilangnya pengesteran membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan, vagina kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC, pengeluaran dua kali lipatnya. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar Hmt (haematokrit) .

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan decompensatio cordis pada pasien dengan vitium cardio. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Umumnya, ini terjadi pada 3-5 hari post partum.

7. Perubahan sistem hematologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darahputih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik

lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jiwa wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dari wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 persen atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2 persen kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum dan akan normal dalam 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml (Pitriani,dkk 2014).

E. Adaptasi Psikologi Masa Nifas

1. Tahapan adaptasi masa nifas

Setelah proses kelahiran tanggung jawab keluarga bertambah dengan adanya seorang bayi baru lahir. Dorongan serta perhatian anggota keluarga merupakan dukungan positif untuk ibu. dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut :

a) Taking in

Ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini membuat cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b) Taking hold

Fase atau periode ini berlangsung hari antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memiliki rasa yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan gampang marah, sehingga kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi yang baik dengan ibu.

c) Letting go

Fase ini merupakan menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan

istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawat bayinya.

(Rini,dkk 2016)

2. Post Partum Blues

Merupakan keadaan di mana ibu merasa sedih berkaitan dengan bayinya disebut baby blues. Penyebabnya antara lain : perubahan perasaan saat hamil, perubahan fisik dan emosional. Perubahan yang ibu alami akan kembali secara perlahan setelah beradaptasi dengan peran barunya.

Gejala baby blues antara lain :

- 1) Menangis
- 2) Perubahan perasaan
- 3) Cemas
- 4) Kesepian
- 5) Khawatir dengan bayinya
- 6) Penurunan libido
- 7) Kurang percaya diri

Hal-hal yang disarankan pada ibu adalah sebagai berikut :

- 1) Minta bantuan suami atau keluarga jika ibu ingin istirahat
- 2) Beritahu suami tentang apa yang dirasakan oleh ibu
- 3) Buang rasa cemas dan khawatir akan kemampuan merawat bayi

- 4) Meluangkan waktu dan cari hiburan untuk diri sendiri
(Nugroho,dkk 2014)

Ada kalanya ibu merasa kesedihan karena kebebasan,otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca persalinan. Berikut adalah gejalanya :

- 1) Sulit tidur, bahkan ketika bayi sudah tidur
- 2) Nafsu makan hilang
- 3) Perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol
- 4) Terlalu cemas atau tidak perhatian terhadap penampilan pribadi
- 5) Gejala fisik seperti banyak wanita sulit bernafas atau perasaan berdebar-debar.

Jika ibu mengalami gejala-gejala tersebut sebaiknya ibumemberitahu suami, bidan, dokter. Penyakit ini dapat disembuhkan dengan obat-obatan dan konsultasi dengan psikiater.

3. Kesedihan dan Duka Cita

Kehilangan maternitas termasuk hal yang dialami olehwanita yang mengalami infertilitas (wanita yang tidak mampu hamil atau yang tidak mampu mempertahankan kehamilannya), yang mendapatkan bayinya hidup, tapi kemudian kehilangan harapan (prematunitas atau kecacatan conginital), dan kehilangan yang dibahas sebagai penyebab post partum blues (kehilangan keintiman internal dengan

bayinya dan hilangnya perhatian). Kehilangan lain yang penting, tapi sering dilupakan adalah perubahan hubungan eksklusif antara suami dan istri menjadi kelompok tiga orang, ayah-ibu-anak. Berduka dibagi dalam 3 tahapan diantaranya :

- a) Tahap syok, tahap ini merupakan tahap awal dari kehilangan
- b) Tahap penderitaan atau fase realitas, merupakan penerimaan terhadap fakta kehilangan dan upaya penyesuaian terhadap realitas yang harus ia lakukan terjadi selama periode ini
- c) Tahap resolusi atau fase menentukan hubungan yang bermakna. Selama periode ini, orang yang berduka menerima kehilangan, penyesuaian telah komplet, dan individu kembali pada fungsinya secara penuh.

F. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

1. Infeksi pada vulva, vagina, dan serviks

a) Vulvitis

Pada luka infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum, jaringan sekitarnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah terlepas, luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.

b) Vaginitis

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membengkak dan kemerahan, terjadi ulkus, serta getahmengandung nanah dan keluar dari daerah ulkus.

Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal terbatas.

c) Servisititis

Infeksi serviks sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, luas, dan langsung dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium.

2. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan.

Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini :

- a) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar spon, handuk dan kain di dalam ember dan dilantai
- b) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar haemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
- c) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali

sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca bersalin akibat antonia uteri. Semua ibu pasca bersalin harus dipantau dengan ketat untuk mendiagnosa perdarahan fase persalinan (Reni Heryani,2012).

3. Endometritis

Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang paling sering terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui lukas bekas insersio plasenta dan dalam waktu singkat dapat menyebar ke seluruh endometrium. Pada batas antara daerah yang meradang dan daerah yang tidak mengalami peradangan terdapat lapisan terdiri atas leukosit. Leukosit akan membuat pagar pertahanan yang diantaranya dengan mengeluarkan serum yang mengandung zat anti.

Manifestasi klinik atau gejala yang timbul pada ibu nifas yang mengalami endometritis tergantung dari jenis dan virulensi mikroorganisme, daya tahan tubuh penderita dan derajat trauma pada jalan lahir. Adakalanya lokhea tertahan oleh darah, sisa-sisa plasenta dan selaput ketuban. Keadaan ini disebut dengan lokeometra dan dapat menyebabkan terjadinya peningkatan

suhu tubuh. Pada endometritis yang tidak terlalu parah, di hari pertamapenderita akan merasa kurang sehat dan mengalami nyeri perut. Mulai hari ke-3 terjadi peningkatan suhu tubuh, frekuensi nadi dan pernafasan cepat. Namun dalam kurun waktu 1 minggu biasanya keadaan ini akan kembali normal bila tubuh mampu melawan mikroorganisme penyebab infeksi tersebut (Dewi Matrhalia, 2012).

4. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi padaperitoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe. Berbeda dengan peritonitis umum, peritonitis ini biasanya hanya terbatas pada daerah pelvis sehingga gejalanya tidak seberat pada peritonitis umum.

Manifestasi klinik atau gejala pada ibu nifas yang mengalami peritonitis diantaranya adalah terjadi peningkatan suhu tubuh dan nyeri perut bagian bawah. Sedangkan pada peritonitis umum, selain kedua gejala tersebut diatas juga ditambah dengan nadi cepat dan kecil, perut kembung, muka pucat, mata cekung, kulit muka dan akral dingin (Dewi Marthalia, 2012).

5. Mastritis

Pada masa nifas terjadi infeksi pada payudara, terutamapada primipara. Infeksi terjadi melalui luka pada puting susu, tetapi

mungkin juga melalui peredaran darah. Tanda-tandanya, antara lain :

- a) Rasa panas-dingin disertai dengan kenaikan suhu
- b) Penderita merasa lesu
- c) Tidak ada nafsu makan

Infeksi yang biasanya terjadi ada *Staphilococcus Aureus*, dengan tanda-tanda sebagai berikut :

- a) Payudara membesar
- b) Nyeri
- c) Kulit merah pada suatu tempat
- d) Membengkak sedikit
- e) Nyeri pada perabaan

Jika hal tersebut tidak lekas diberi pengobatan maka dapat terjadi abses. Pencegahan :

1. Perawatan puting susu pada masa laktasi merupakan usaha penting untuk mencegah mastritis
2. Perawatan dengan cara membersihkan puting dengan minyak dan air hangat sebelum dan sesudah menyusui untuk menghilangkan kerak dan susu yang sudah mengering
3. Bila ada retak atau luka puting, sebaiknya bayi jangan menyusui pada bagian payudara yang sakit sampai luka sembuh. ASI dikeluarkan dengan pemijatan

G. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas harus mengonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk persiapan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan, dan serat untuk memperlancar ekskresi. Nutrisi yang dikonsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan mengandung cukup kalori yang berfungsi untuk proses metabolisme tubuh. Kebutuhan kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 kg diperkirakan sekitar 2.200 kalori/hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke tujuh dan selanjutnya.

Ibu juga dianjurkan untuk minum setiap kali menyusui dan menjaga kebutuhan hidrasi sedikitnya 3 liter setiap hari. Tablet besi masih tetap diminum untuk mencegah anemia, minimal sampai 40 hari post partum. Vitamin A (200.000 IU) dianjurkan untuk mempercepat proses penyembuhan pasca salin dan mentransfernya ke bayi melalui ASI. Ibu nifas yang membatasi asupan kalori secara berlebihan sehingga menyebabkan terjadinya penurunan berat badan lebih dari setengah kg per minggu, akan mempengaruhi produksi ASI (Dewi Maritalia, 2012).

2. Ambulasi

Ambulasi setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini (early ambulation) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan atau kiri, duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini :

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- b. Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik
- c. Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu
- d. Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai
- e. Sesuai dengan keadaan Indonesia atau sosial ekonomis

Menurut penelitian mobilisasi dini tidak berpengaruh buruk, tidak menyebabkan perdarahan abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi maupun luka diperut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus uteri. Early ambulation tidak dianjurkan pada ibu post partum dengan penyulit, seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya (Nugroho, dkk 2014)

3. Eliminasi atau Buang Air Kecil dan Besar

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus bisa buang air kecil. Semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi.

Biasanya, pasien menahan kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi post partum.

Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing karena ia pun sudah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya. Dalam 24 jam pertama, pasien juga harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih.

4. Kebersihan Diri

Mandi di tempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandisendiri di kamar mandi, yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perawatan perineum.

a) Perawatan perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal

sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

b) Perawatan payudara

- a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- b. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting yang tidak lecet
- c. Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok
- d. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam

5. Istirahat

Kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat

membuat ibu frustrasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Bila ibu mengalami kesulitan untuk tidur pada malam hari, satu atau dua pertama setelah melahirkan, dapat diberikan bantuan obat tidur dengan mengkonsultasikannya terlebih dahulu dengan dokter. Insomnia pada ibu nifas merupakan salah satu tanda peringatan untuk psikologis ibu nifas. Masa nifas sangat erat kaitannya dengan gangguan pola tidur yang dialami ibu, terutama segera setelah melahirkan. Pada tiga hari pertama dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul pada luka perineum. Secara teoritis, pola tidur akan kembali mendekati normal dalam 2 sampai 3 minggu setelah persalinan. Kebutuhan tidur rata-rata pada orang dewasa sekitar 7-8 jam per 24 jam. Semakin bertambahnya usia, maka kebutuhan tidur juga akan semakin berkurang. Pada ibu nifas, kurang istirahat akan mengakibatkan :

- a. Berkurangnya produksi ASI
- b. Memperlambat proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan
- c. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

(Dewi Maritalia, 2012)

6. Seksual

Dinding vagina kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-8 minggu. Setelah fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan dia tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Banyak budaya yang mempunyai tradisi memulai hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 60 minggu setelah persalinan.

Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan. Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomi telah sembuh dan lochea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali. Ibu mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang pertama timbul setelah persalinan. Untuk itu bila senggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke-40, suami/istri perlu melakukan usaha mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB (Rini, dkk 2016).

7. Latihan atau 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 lochea
- 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.

G . Masalah Pada Masa Nifas

Permasalahan dalam Masa Nifas Menurut (Sulistyawati, 2012) masalah dalam masa nifas yaitu :

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

- (1) Antonia Uteri : Perdarahan yang mengancam nyawa ibu bisa terjadi saat pasca persalinan. Pada hamil cukup bulan, darah uterus sebanyak 500-800 cc/menit, jika uterus tidak berkontraksi setelah lahir placenta. Dan perdarahan sekitar 350-500 cc/menit. Dari tempat melekat placenta
- (2) Retensio Plasenta : Retensio plasenta adalah suatu keadaan plasenta belum lahir dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta terjadi karena kontraksi uterus tidak adekuat selama proses persalinan sehingga plasenta tidak dapat lepas dari dinding uterus
- (3) Inversio Uteri Inversio Uteri adalah terbaliknya fundus uteri ke dalam kavum uteri, sehingga dapat menimbulkan nyeri dan

perdarahan pada ibu. penyebab terjadinya iversio uteri salah satunya adalah faktor grande multipara (lebih dari 5 kali hamil)

(4) Robekan Jalan Lahir : Robekan jalan lahir merupakan laserasi atau luka yang terjadi disepanjang jalan lahir (perenium) akibat proses persalinan. Tanda-tanda ibu yang mengalami robekan jalan lahir adalah perdarahan segar yang mengalir dan terjadi segera setelah bayi lahir.

- b) Infeksi masa nifas adalah perdarahan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mirkroorganisme atau virus kedalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas
- c) Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur
- d) Pembengkakan di wajah atau ekstremitas
- e) Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih
- f) Payudara berubah menjadi panas, merah, dan sakit
- g) Merasa sedih atau tidak mampu dalam merawat dirinya sendiri dan bayinya (baby blues).

H. Asuhan Nifas

- 1) Tujuan Asuhan : Nifas Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas menurut (Heryani, 2015) yaitu:
 - a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis

- b) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi
 - c) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari
 - d) Memberikan pelayanan keluarga berencana
 - e) Mendapatkan kesehatan emosi
- 2) Kunjungan Masa Nifas Paling sedikit 3 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk :
- (a) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
 - (b) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan- kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi
 - (c) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
 - (d) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya. (Kemenkes, 2016:13)

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

- (a) Waktu : 6 jam –3 hari setelah persalinan
- (b) Waktu : 4-28 hari setelah persalinan
- (c) Waktu : 29-42 hari setelah persalinan

Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi :

- (1) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
- (2) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi.

- (3) Pemeriksaan lochea dan perdarahan
- (4) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
- (5) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
- (6) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif.

Menyusui merupakan cara pemberian makan yang diberikan secara langsung oleh ibu kepada anaknya, namun seringkali ibu menyusui kurang memahami dan kurang mendapatkan informasi, bahkan seringkali ibu-ibu mendapatkan suatu informasi yang salah tentang manfaat ASI Eksklusif itu sendiri, tentang bagaimana cara menyusui atau langkah-langkah menyusui yang benar kepada bayinya, dan kurangnya informasi yang diberikan tentang dampak apabila ASI Eksklusif (Nugroho, dkk. 2014)

a) Posisi menyusui

Posisi pada saat menyusui hendaknya disesuaikan dengan kondisi dan kenyamanan ibu. Bila ibu masih merasa badan pegal-pegal setelah melahirkan dan belum terlalu nyaman untuk duduk, maka menyusui dapat dilakukan dalam posisi berbaring. Bila ibu tidak mampu duduk dengan baik dan merasa nyaman melakukannya, maka menyusui dapat dilakukan dengan duduk di kursi atau di tempat tidur. Posisi saat menyusui sangat penting. Lecet pada putingsusu dan payudara merupakan kondisi tidak normal dalam menyusui, tetapi penyebab lecet yang paling umum adalah posisi dan perlekatan yang tidak benar pada payudara. Posisi ibu harus adekuat diatas kursi atau

tempat tidur. Tidak ada satupun posisi yang paling benar dalam menyusui. Akan tetapi, tidak perlu menyesuaikan posisi jika ibu dan bayi nyaman, dan jika transfer air susu adekuat. (Nugroho, dkk. 2014). Berikut Langkah-langkah pemberian ASI

b) Posisi duduk

Langkah-langkah yang benar adalah :

1. Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu, areola dan sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu
2. Bayi diletakkan menghadap perut ibu atau payudara
 - (a) Ibu duduk menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi
 - (b) Bayi dipegang dengan satu tangan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu
 - (c) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu dan yang lain di depan
 - (d) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi)
 - (e) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
 - (f) Ibu menatap bayi dengan penuh kasih sayang

3. Payudara dipegang dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja
4. Bayi diberikan rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflek) dengan cara :
 - (a) Menyentuh pipi dengan puting susu atau
 - (b) Menyentuh sisi mulut bayi
5. Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibudengan puting serta susu berada di bawah langit-langit dan lidah bayi akanmenekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola. Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.
6. Bayi disusui secara bergantian dari susu sebelah kiri lalu sebelah kanan sampai bayi kenyang.
7. Setelah selesai menyusui mulut bayi dan kedua pipi dibersihkan dengan kapas yang telah direndam dengan air hangat.
8. Sebelum ditidurkan, bayi disendawakan terlebih dahulu supaya udara yang terhisap bisa keluar.(Nugroho, dkk. 2014)

c) Posisi berbaring

Pada posisi berbaring miring, ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan. Posisi ini merupakan posisi paling nyaman bagi ibu

yang menjalani penyembuhan dari kelahiran melalui pembedahan. Langkah-langkah untuk menyusui dengan baik. Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya.

- b. Bayi harus mencari puting dan areola ibu dengan mulut terbuka lebar
- c. Agar dapat menganga lebar, hidung bayi harus sejajar dengan puting susu ibu
- d. Ibu menyangga kepala dan leher bayi dengan lembut, dengan meletakkan tangannya pada tulang oksipital bayi, dan membuat kepala bayi bergerak ke belakang dengan posisi seperti mecium bunga
- e. Saat rahang bawah membuka, ibu menggerakkan bayi mendekati payudara dengan perlahan, mengarahkan bibir bawah bayi ke lingkaran luar areola
- f. Payudara harus benar-benar memenuhi mulut bayi
- g. Setelah bayi mulai menghisap, usahakan agar mulutnya tidak hanya menghisap puting susu ibu, melainkan harus menghisap seluruh areola (yakni daerah sekitar puting yang berwarna lebih gelap daripada kulit). Selain mempermudah bayi menghisap, hal ini akan mengurangi kemungkinan bayi menelan udara pada saat menyusui, karena areola dan puting susu akan memenuhi rongga mulutnya

- h. Setelah selesai menyusui mulut bayi dan kedua pipi dibersihkan dengan kapas yang telah direndam dengan air hangat
- i. Sebelum ditidurkan, bayi disendawakan terlebih dahulu supaya udara yang terhisap bisa keluar (Nugroho,dkk 2014)

3. Menyendawakan Bayi

Pada akhir menyusui bayi hendaknya dipeluk tegak padabahu atau dipangkuan ibu, sambil ditepuk perlahan punggungnya, untuk mengeluarkan udara yang ditelan oleh bayi (sendawa) selama ia menyusui. Kadang tindakan ini perlu dilakukan beberapa kali selama bayi menyusui, bahkan juga 5-10 menit setelah bayi selesai menyusui. Tindakan ini perlu dilakukan dalam bulan-bulan pertama, namun janganlah dilakukan secara berlebihan. Setelah dibuat sendawa, bayi hendaknya diletakkan lagiditempat tidur dalam posisi miring pada sisi kanan, untuk mengurangi kemungkinan “gumoh”. Posisi ini juga dapat membantu kelancaran perjalanan air susu dari lambung ke dalam usus. Pada umumnya membuat bayi sendawa ini tidak diperlukan lagi setelah bayi berusia 6 bulan, oleh karena refleksnya telah matang dan berfungsi baik sehingga kemungkinan untuk menelan udara selama menyusui telah berkurang (Nugroho,dkk 2014)

a. Cara Pengamatan Teknik Menyusui Yang Benar

- 1) Menyusui dengan teknik yang tidak benar dapat mengakibatkan puting susu mejadi lecet, ASI yang tidak

keluar secara optimal sehingga mempengaruhi produksi ASI selanjutnya atau bayi enggan menyusui. Untuk mengetahui bayi telah menyusui dengan teknik yang benar perhatikan :

- (a) Bayi tampak tenang
 - (b) Badan bayi menempel pada perut ibu
 - (c) Mulut bayi terbuka, lebar
 - (d) Dagunya menempel pada payudara ibu
 - (e) Sebagian besar areola masuk ke dalam mulut bayi, areola bagian bawah lebih banyak yang masuk
 - (f) Bayi tampak menghisap kuat dengan irama perlahan
 - (g) Puting susu ibu tidak merasa nyeri
 - (h) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
 - (i) Kepala bayi tidak menengadah (Nugroho,dkk 2014)
- 2) Pemberian kapsul vit. A
 - 3) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
 - 4) Konseling
 - 5) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
 - 6) Memberikan nasihat



2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Yang dimaksud dengan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan. Neonatus adalah bayi baru lahir yang berusia 0 hingga 28 hari atau berusia 0 hingga 4 minggu pertama sejak dia dilahirkan (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

B. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Berat badan bayi 2500-400 gram
2. Panjang badan antara 48-52 cm
3. Lingkar kepala bayi 33-35 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Detak jantung 120-140x/menit
6. Frekuensi pernafasan 40-60x/menit
7. Rambut lanugo (bulu badan yang halus) sudah tidak terlihat
8. Rambut kepala sudah muncul
9. Warna kulit badan merah muda dan licin
10. Memiliki kuku yang agak panjang dan lemas
11. Reflek menghisap dan menelan sudah baik ketika diberi Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
12. Reflek gerak memeluk dan menggenggam sudah baik

13. Mekonium keluar dalam waktu 24 jam setelah lahir
(Putranto,dkk 2016)

C. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

a. Berdasarkan usia kehamilan

- 1) Neonatus kurang bulan (preterm infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu)
- 2) Neonatus cukup bulan (term infant) : 259 sampai 294 hari (37-42 minggu)
- 3) Neonatus lebih bulan (postterm infrant) : lebih dari 294 (42 minggu) atau lebih

b. Berdasarkan berat lahir

- 1) Neonatus berat lahir rendah yang kurang dari 2500 gram
- 2) Neonatus berat lahir cukup yaitu antara 2500 sampai 4000 gram
- 3) Neonatus berat lahir lebih yaitu berat lahir 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 atau kurang atau lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
- 2) Sesuai atau kecil atau besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK).

D. Tahapan Bayi Baru Lahir

1. Tahap I terjadi segera lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu

2. Tahap II disebut tahap transisional rektivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku
3. Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

(Dwiendra, dkk 2014)

E. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Di Luar Uterus

1. Sistem pernapasan

Ketika struktur matang, dinding paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

2. Suhu tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan kehilangan panas pada tubuh bayi baru lahir ke lingkungannya, yaitu:

a) Evaporasi

Adalah cara kehilangan panas karena menguapkan cairan ketuban pada permukaan tubuh setelah bayi lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan Contoh: bayi baru lahir yang tidak dikeringkan dari cairan ammonium. Pencegahan kehilangan panas segera mengeringkan badan bayi dari cairan amnion.

b) Konduksi

Adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin Contoh: bayi diletakkan di atas meja, timbangan atau tempat tidur Pencegahan kehilangan panas : menempatkan bayi pada tempat yang hangat dan jangan menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa bayi.

c) Konveksi

Adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin Contoh : membiarkan bayi terlentang di ruang yang relatif dingin, adanya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan bersalin Pencegahan kehilangan panas : menyelimuti bayi.

d) Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi Contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi ditempatkan dekat jendela yang terbuka (Anik Maryunani, 2014)

3. Peredaran

Darah Setelah lahir darah bayi harus melewati paru untuk mengambil O₂ dan mengantarkannya ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan luar rahim harus terjadi 2 perubahan besar. Penutupan foramen ovale pada atrium

jantung. Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru-paru dan aorta. Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi dan meningkatkan resistensinya hingga mengubah aliran darah.

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam system pembuluh darah:

- a) Pada saat tali pusat dipotong. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua hal ini membantu darah dengan kandungan O₂ sedikit mengalir ke paru-paru untuk oksigen ulang.
- b) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. O₂ pada pernapasan pertama menimbulkan relaksasi dan terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan tekanan atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup. Dengan pernapasan, kadar O₂ dalam darah akan meningkat, mengakibatkan ductus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah

tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung 2-3 bulan.

4. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

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

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- c) Renal blood flow relative kurang baik dibandingkan dengan orang dewasa (Julina Br Sembiring, 2017.)

5. Immunoglobulin

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propria ilium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bayi baru lahir terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simplek dan lain-lain), reaksi imunologi dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan anti body gama A, G dan M.

6. *Traktus Digestivus*

Traktus digestivus relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas

mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amylase pancreas (Julina Br Sembiring, 2017).

7. Hati

Segera setelah lahir hati, menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna. Contohnya pemberian obat kloremfenikol dengan dosis lebih dari 500 mg/kg BBL/hari dapat menimbulkan grey baby syndrome (Julina Br Sembiring, 2017)

8. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic. Namun dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengkompensasi asidosis ini (Julina Br Sembiring, 2017).

9. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relative lebih dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme

karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama kehidupan, energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar dihari keenam energi diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40% (Dewi, 2011).

F. Asuhan Kebidanan Pada BBL Normal

1. Memotong tali pusat

Cara :

- a) Menjepit tali dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dari klem
- b) Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat diantara 2 klem.
- c) Mengikat tali pusat dengan jarak ± 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati lalu mengikat tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kasa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%.

2. Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan segera menangis spontan segera sesudah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara :

- a) Meletakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
 - b) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lurus dan kepala tidak menekuk, posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
 - c) Bersihkan hidung, mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus dengan kassa steril.
 - d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar, dengan rangsangan ini biasanya bayi akan segera menangis.
3. Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu
 4. Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu bayi lahir, bayi mampu mengatur suhu tubuhnya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat, bayi baru lahir harus dibungkus dengan kain hangat karena suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya stabil. Mekanisme kehilangan panas meliputi : evaporasi, konveksi, konduksi dan radiasi. Cara pencegahan kehilangan panas diantaranya :

 - a) Keringkan bayi secara seksama
 - b) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih kering dan hangat
 - c) Tutup bagian kepala bayi
 - d) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
 - e) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi

- f) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

Tabel 2.10

APGAR Score

Tanda	Nilai: 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appereance (warna kulit)	Pucat atau biru	Tubuh merah, ekstremitas Biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut)	Tidak ada	<100 per menit	>100 per menit
Grimace (reflek)	Tidak bereaksi	Sedikit gerakan	Reaksi melawan, menangis
Activity (Tonus Otot)	Lumpuh	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif, ekstermitas fleksi dengan baik.
Respiration (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	Menangis Kuat.

Sumber : (Dewi Maratalia, 2012).

Keterangan :

Asfiksia berat : Jumlah nilai 0-3

Asfiksia sedang : Jumlah nilai 4-6

Vigerious baby: Jumlah nilai 7-10

G. Penanganan dan Perilaku Bayi Baru Lahir

1. Refleksi

a) Reflek moro

Jika bayi dikagetkan oleh suara keras, gerakan mendadak atau seperti memeluk bila ada rangsangan, cahaya atau posisi secara mendadak, seluruh tubuhnya bereaksi dengan gerakan kaget, yaitu gerakan mengayunkan/merentangkan lengan dan kaki seolah ia akan meraih sesuatu dan menariknya dengan cepat

kearah dada dengan posisi tubuh meringkuk seperti berpegangan dengan erat, menorong kepala ke belakang, membuka mata dan mungkin menangis. Terjadi pada usia 1-2 minggu dan akan menghilang ketika berusia 6 bulan.

b) Reflek rooting

Jika seseorang mengusapkan sesuatu ke pipi bayi, ia akan memutar kepala ke arah benda itu dan membuka mulutnya, reflek ini terus berlangsung selama bayi menyusui.

c) Reflek menghisap atau sucking

Bayi akan melakukan gerakan menghisap ketika anda menyentuhkan puting susu ke ujung mulut bayi.

d) Reflek swallowing

Muncul ketika benda-benda yang dimasukkan kedalam mulut, seperti puting susu ibu dan bayi berusaha menghisap lalu menelan. Proses menelan ini yang disebut reflek swallowing. Reflek ini tidak akan hilang.

e) Reflek berkedip atau reflek corneal

Bayi berkedip pada pemunculan sinar yang tiba-tiba atau pada pandel atau obyek ke arah kornea, harus menetap sepanjang hidup, jika tidak ada maka menunjukkan adanya kerusakan pada saraf cranial.

f) Reflek pupil

Pupil kontriksi jika sinar terang diarahkan padanya, reflek ini ada sepanjang hidup.

g) Reflek glabella

Ketukan halus pada glabella (bagian dahi antara 2 alis mata) menyebabkan mata menutup dengan rapat.

h) Reflek tonic neck

Ketika kedua tangan diangkat, bayi akan berusaha mengangkat kepalanya. Jika bayi baru lahir mampu untuk melakukan posisi ini, atau jika reflek ini terus menetap hingga lewat usia 6 bulan, kemungkinan bayi mengalami gangguan pada neuron motorik atas. Berdasarkan penelitian, reflek tonic neck merupakan suatu tanda awal koordinasi mata dan kepala bayi yang akan menyiapkan untuk mencapai gerak sadar.

i) Reflek tonic labyrinthine atau abirin

Pada posisi telentang, reflek ini dapat diamati dengan mengangkat tungkai bayi beberapa saat lalu dilepaskan. Tungkai yang diangkat akan bertahan sesaat, kemudian jatuh. Reflek ini akan hilang pada usia 6 bulan.

j) Reflek palmar grasping

Bayi baru lahir menggenggam atau merenggut jari ibu jika ibu menyentuh telapak tangannya. Genggaman ini sangat kuat hingga ia bisa menopang seluruh berat badan jika ibu mengangkatnya dengan satu jari genggaman dalam setiap tangannya. Gerakan reflek ini juga terdapat di telapak kaki yang melengkung saat disentuh.

k) Reflek crawling

Jika bayi ditelungkupkan maka ia akan membentuk posisi merangkak karena saat di rahim kakinya tertekuk ke arah tubuhnya.

l) Reflek stepping (berjalan dan melangkah)

Jika bayi digendong dengan posisi berdiri dan telapak kakinya menyentuh permukaan yang keras, akan ada reflek berjalan, yaitu gerakan kaki seperti melangkah ke depan. Jika tulang keringnya menyentuh sesuatu, ia akan mengangkat kakinya seperti akan melangkahi benda tersebut.

m) Reflek babinski

Jari-jari mencengkram/hyperekstensi ketika bagian bawah kaki diusap, inidikasi saraf berkembang dengan normal.

n) Reflek blinking

Jika bayi terkena sinar atau hembusan angin matanya akan menutup dan bayi akan mengerjapkan matanya.

o) Reflek yawning

Yakni reflek menjerit pada bayi ketika ia merasa lapar kemudian disertai dengan tangisan.

p) Reflek plantar

Muncul sejak lahir dan berlangsung hingga sekitar satu tahun kelahiran. Reflek plantar ini dapat diperiksa dengan menggosokkan sesuatu di telapak kakinya, maka jari-jari kakinya akan menekuk secara erat

q) Reflek ekstruksi

Bila lidah bayi disentuh atau ditekan, bayi merespon dengan mendorongnya keluar.

r) Reflek starle

Suara keras yang tiba-tiba menyebabkan abduksi lengan dengan fleksi siku tangan tetap terenggam.

s) Reflek gallant

Sentuhan pada punggung bayi sepanjang tulang belakang menyebabkan panggul bergerak ke arah sisi yang terstimulasi.

(Anik Maryunani, 2014)

I. Kebutuhan Dasar Neonatus

1.) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Kemudian hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kemudian 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).

2) Eliminasi

Menurut (Marmi, 2012) pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa. Kemudian feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir,

dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi warna kuning kecoklatan. Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau.

3) Istirahat dan 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. Sebaliknya 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.

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. Pemakaian popok yang dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

5) Aktivitas

Menurut (Dewi, 2013) bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor

pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pola temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

6) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.

J. Masalah Pada Bayi Baru Lahir

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

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

Penanganannya :

- (a) Pertahankan tubuh bayi tetap hangat.
- (b) ASI tetap diberikan
- (c) Diberi injeksi antibiotic berspektrum luas.
- (d) Perawatan sumber infeksi, misalnya pada infeksi tunggal tali pusat (omfalitis)

3) Ikterus : Ikterus adalah perubahan warna kulit yang sering ditemukan pada bayi baru lahir. Ikterik : Terjadi apabila terdapat bilirubin dalam darah. Derajat ikterik menurut rumus Kremer adalah :

1. Derajat I: kepala sampai leher
2. Derajat II: kepala, badan sampai umbilicus
3. Derajat III : kepala, badan, paha sampai dengan lutut
4. Derajat IV : kepala, badan, paha sampai dengan lutut
5. Derajat V : kepala, badan, semua ekstremitas sampai ujung kaki

- 4) Oral Thrush : Adalah lapisan atau bercak-bercak putih kekuningan yang timbul di lidah yang mungkin dikelilingi oleh daerah kemerahan
- 5) Diaper Rash atau Ruam Popok : Dapat berupa ruam yang terjadi di dalam area popok
- 6) Seborrhea : Merupakan kelainan kulit berupa peradangan superficial dengan papuloskuamosa yang kronik dengan tempat predileksi di daerah-daerah seboroik yakni daerah yang kaya akan kelenjar sebacea, seperti pada kulit kepala, alis, kelopak mata, naso labial, bibir, telinga, dada, axilla, umbilikus, selangkangan, dan glutea.
- 7) Muntah dan Gumoh : Merupakan keadaan fisiologis yang normal pada bayi berusia di bawah satu tahun dan akan hilang seiring pertumbuhan.

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. KN 1 adalah kunjungan ke 1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :

- a) Jaga kehangatan tubuh bayi
- b) Berikan Asi Eksklusif
- c) Rawat tali pusat

2. Kunjungan ke 2 dilakukan pada kurun waktu 3-7 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan :

- a) Jaga kehangatan tubuh bayi
- b) Berikan Asi Eksklusif
- c) Cegah infeksi
- d) Rawat tali pusat

3. KN 2 atau lengkap adalah kunjungan ke 3 dilakukan pada kurun waktu 8-28 hari setelah kelahiran. Hal yang harus dilakukan:

- a) Periksa ada atau tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit
- b) Lakukan jaga kehangatan tubuh
- c) Beri Asi Eksklusif
- d) Rawat tali pusat (Kepmenkes RI, 2015)

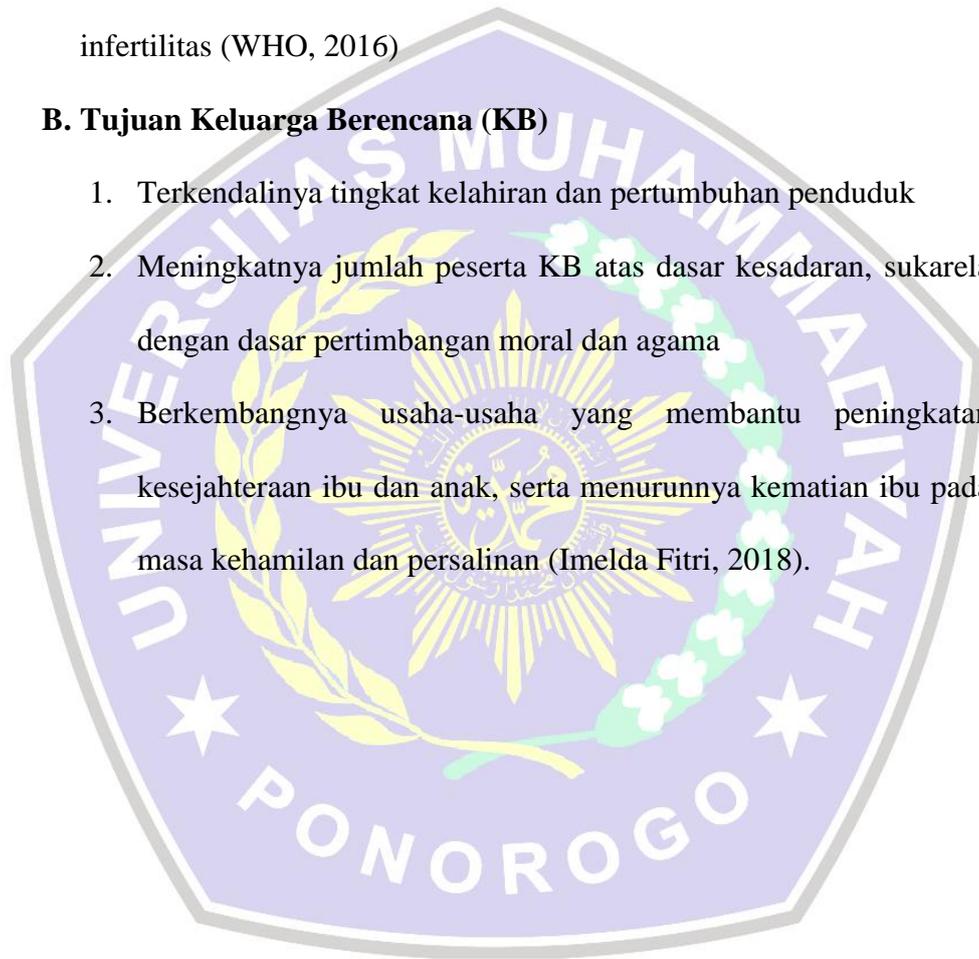
2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) memungkinkan pasangan usia subur untuk mengantisipasi kelahiran, mencapai jumlah anak yang mereka inginkan, dan mengatur jarak dan waktu kelahiran mereka. Hal ini dapat dicapai melalui penggunaan metode kontrasepsi dan tindakan infertilitas (WHO, 2016)

B. Tujuan Keluarga Berencana (KB)

1. Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk
2. Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran, sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama
3. Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunkan kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan (Imelda Fitri, 2018).



C. Syarat Kontrasepsi

Syarat kontrasepsi adalah :

- a. Aman pemakaiannya dan dipercaya
- b. Tidak ada efek samping yang merugikan
- c. Lama kerjanya dapat diatur menurut keinginan
- d. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan
- e. Tidak memerlukan bantuan media tau control yang ketat selama pemakaian
- f. Cara penggunaannya sederhana atau tidak rumit
- g. Harga murah dan dapat dijangkau oleh semua kalangan masyarakat
- h. Dapat diterima oleh pasangan suami istri

D. Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana (KB)

- a) Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)
- b) Konseling
- c) Pelayanan Kontrasepsi
- d) Pelayanan Infertilitas
- e) Pendidikan seks (sex education)
- f) Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
- g) Konsultasi genetik
- h) Tes keganasan
- i) Adopsi (Imelda Fitri, 2018)

E. Efektivitas Kontrasepsi

1. Efektivitas relatif (relative effectiveness) dari berbagai metode kontrasepsi yang tersedia

2. Efek negatif kehamilan yang tidak diinginkan pada kesehatan dan risiko kesehatan potensial pada kehamilan dengan kondisi medis tertentu (Affandi, 2012).

a. Pembagian Kerja Kontrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

a) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Arum,dkk 2011).

b) Syarat MAL :

- (a) Menyusu secara penuh (Full Breast Feeding) lebih efektif bila pemberian >8x sehari
- (b) Belum haid
- (c) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Arum,dkk 2011)

c) Cara Kerja

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi/menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin akan meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar esterogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Imelda Fitri, 2018).

d) Keuntungan

1. Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
2. Segera efektif
3. Tidak mengganggu senggama
4. Tidak ada efek samping secara sistemik
5. Tidak perlu pengawasan medis
6. Tidak perlu obat atau alat
7. Tanpa biaya (KKB, 2012)

e) Keterbatasan

1. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
2. Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial
3. Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
4. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV dan HIV/AIDS (KKB, 2012).

b) **Coitus Interruptus (Metode Withdrawal atau Senggama Terputus)**

Merupakan suatu metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genitalia eksterna wanita (Imelda Fitri, 2018).

1. Keuntungan

- a. Tidak memerlukan alat atau murah
- b. Tidak menggunakan zat-zat kimiawi
- c. Selalu tersedia setiap saat

d. Tidak mempunyai efek samping (Imelda Fitri, 2018).

2. Keterbatasan

a. Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun)

b. Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis

c. Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (KBB, 2012).

c) **Metode Kontrasepsi Sederhana Menggunakan Alat**

1) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom tersebut dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal yang bila digelung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Arum, dkk 2011).



Gambar 2.7

Kondom

Sumber : (Arum, dkk 2011)

1. Cara kerja kondom

- a. Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam reproduksi perempuan
- b. Mencegah penularan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil) (Arum, dkk 2011).

2. Efektivitas

- a. Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Arum, dkk 2011).

3. Keterbatasan

- a. Efektivitas tidak terlalu tinggi
- b. Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- c. Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- d. Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- e. Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual

- f. Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum
- g. Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (KKB, 2012).

d) Metode Kontrasepsi Hormon

1) Pil progestin

Minipil adalah pil yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah (Hartanto, 2015).



Gambar 2.7
mini pil

Sumber : (Dewi, 2013)

1. Mekanisme kerja

Menekan sekresi gonadotrophin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Dewi, 2013).

2. Keuntungan

Keuntungan secara kontrasepsi:

- a. Sangat efektif bila digunakan secara benar

- b. Tidak mengganggu hubungan seksual
- c. Tidak mempengaruhi ASI
- d. Kesuburan cepat kembali
- e. Nyaman dan mudah digunakan
- f. Sedikit efek samping
- g. Dapat dihentikan setiap saat
- h. Tidak mengandung esterogen

Keuntungan secara non kontrasepsi:

- (a) Mengurangi nyeri haid
- (b) Mengurangi jumlah darah haid
- (c) Menurunkan tingkat anemia
- (d) Mencegah kanker endometrium
- (e) Melindungi dari penyakit radang panggul
- (f) Tidak meningkatkan pembekuan darah
- (g) Dapat diberikan pada penderita endometriosis
- (h) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi
- (i) Dapat mengurangi keluhan premenstrual syndrome (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah)
- (j) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap DM yang belum mengalami komplikasi.(Dewi, 2013).

2) Pil Kombinasi

Adalah pil yang mengandung hormon progesteron dan esterogen (Dewi, 2013).



Gambar 2.8 pil kombinasi

sumber : (Dewi, 2013)

1. Mekanisme kerja

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendiri menjadikan efektifitas (Dewi,2013).

2. Efek samping

Amenorea (tidak ada perdarahan atau spotting), mual, muntah atau pusing, perdarahan pervaginam (Dewi, 2013).

e) **Suntikan KB**

1) Suntikan 1 bulan

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon esterogen yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik (Koes, 2012).



Gambar 2.9 kb suntik 1 bulan

sumber : (Koes, 2012)

Jenis suntikan adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estrogen Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 Noretindron Enantat dan 5 mg Estrodiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Arum, 2011).

a. Cara kerja

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- (3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- (4) Menghambat transportasi (Arum, 2011).

b. Efektivitas

Sangat efektif (0,1-0,4) kehamilan per 100 perempuan) sebelum tahun pertama penggunaan

c. Keuntungan kontrasepsi

- (1) Risiko terhadap kesehatan kecil
- (2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- (4) Jangka panjang

(5) Efek samping sangat kecil

d. Kerugian

(1) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting, atau perdarahan selama 10 hari

(2) Mual sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga

(3) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan

(4) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy (Fenitoin dan berbiturat) atau obat tuberculosis (Rifampisin)

(5) Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti : serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak dan kemungkinan timbulnya tumor hati

(6) Penambahan berat badan

(7) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV

(8) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Imelda Fitri, 2018).

e. Indikasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan, pasca persalinan dan tidak menyusui, anemia, nyeri haid hebat, haid teratur, riwayat kehamilan ektopik, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

f. Kontraindikasi

Hamil atau diduga hamil, menyusui dibawah umur 6 minggu pasca persalinan, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, penyakit hati akut (Virus hepatitis), umur >35 tahun yang merokok, riwayat penyakit jantung, stroke atau dengan tekanan darah tinggi (<180/110 mmHg), riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain, keganasan pada payudara (Imelda Fitri, 2018)

2) Suntikan 3 bulan

Kontrasepsi suntik adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon progesteron yang disuntikkan ke tubuh wanita secara periodik (Koes, 2012).



Gambar 2.10

KB suntik 3 bulan

Sumber : (Koes, 2012)

a) Jenis KB Suntik

DMPA (Depot medroxy progesterone acetate) atau Depo Provera yang diberikan tiap tiga bulan dengan dosis 150 miligram yang disuntik secara IM, Depo Noristerat diberikan setiap 2 bulan dengan dosis 200 mg Nore-tindron Enantat (Mulyani, 2013).

b) 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).

c) Indikasi

- (1) Usia reproduksi
- (2) Nulipara dan yang telah memiliki anak
- (3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
- (4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- (6) Setelah abortus atau keguguran
- (7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
- (8) Tekanan darah <math><180/80\text{ mmHg}</math>, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
- (9) Menggunakan obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosis (rifampisin)
- (10) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung esterogen
- (11) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- (12) Anemia defisiensi besi
- (13) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi (Kurnia, 2013)

d) Kontraindikasi

- (1) Hamil atau dicurigai hamil

- (2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
- (4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (5) DM disertai komplikasi (Kurnia, 2013)

e) Waktu mulai menggunakan

- (1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
- (2) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid
- (3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan saja ibu tersebut tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual
- (4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan. Bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar, dan ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. Tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang
- (5) Bila ibu sedang menggunakan metode kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis

kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya

(6) Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil. Dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Bila ibu disuntik setelah hari ke 7 haid maka ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual

(7) Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke 7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil

(8) Ibu tidak haid atau ibu sedang perdarahan tidak teratur. Suntikkan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikkan tidak boleh melakukan hubungan seksual (Marmi,2016).

Cara penyuntikkan

A. Mempersiapkan pasien, alat, dan petugas

- B. Menginformasikan pada pasien tindakan yang akan dilakukan
- C. Menimbang berat badan dan mengukur tekanan darah pasien
- D. Memeriksa kebersihan daerah suntikan dan posisikan pasien
- E. Masukkan obat dan mengeluarkan udara yang ada pada spuit

Melakukan penyuntikan

- a) Melakukan tindakan antisepsis
- b) Memasukkan jarum
- c) Melakukan aspirasi
- d) Memasukkan obat dan mencabut jarum suntikkan

Pasca penyuntikkan

- a. Merapikan pasien, lingkungan, dan alat
- b. Mencuci tangan di bawah air mengalir
- c. Merencanakan tanggal kunjungan ulang
- d. Menjelaskan kemungkinan yang akan dialami

f) **Susuk KB atau Implan (AKBK)**

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun (KKB, 2012).



Gambar 2.11

Implant

Sumber : (KKB, 2012)

1. Mekanisme kerja
 - a. Lendir serviks menjadi kental
 - b. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
 - c. Mengurangi transportasi sperma
 - d. Menekan ovulasi (Imelda Fitri, 2018)
2. Indikasi
 - a. Usia reproduksi
 - b. Telah memiliki anak taupun belum
 - c. Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
 - d. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
 - e. Pasca persalinan dan tidak menyusui
 - f. Paska keguguran
 - g. Tidak menginginkan anak lagi tetapi menolak sterilisasi
 - h. Riwayat kehamilan ektopik

- i. Tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia sel sabit
- j. Tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi hormonal yang mengandung esterogen
- k. Sering lupa menggunakan pil (Imelda Fitri, 2018)

3. Kontraindikasi

Hamil atau di duga hamil, perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya, benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, mioma uterus atau kanker payudara, gangguan toleransi glukosa, tromboflebitis aktif atau penyakit trombo emboli, penyakit hati, jantung (Imelda Fitri, 2018).

4. Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang atau ampai lima tahun, pengembalian kesuburan yang cepat, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh esterogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat, mengurangi jumlah darah mentruasi, mengurangi atau memperbaiki anemia (Kumalasari, 2015).

5. Kerugian

Gangguan menstruasi, berat badan bertambah, liang senggama terasa kering, menimbulkan jerawat dan keregangan payudara.

6. Efek samping

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

7. Melakukan pemasangan implant

- a) Cuci daerah insersi, lakukan tindakan steril dan tutup daerah insersi dengan kain steril
- b) Lakukan anestesi lokal lidokain 1% pada daerah insersi, mula-mula disuntikkan sejumlah kecil anestesi pada daerah insersi, kemudian anestesi diperluas sepanjang 4 cm
- c) Dengan pisau scalpel dibuat insisi 2 mm sejajar dengan lengan siku
- d) Masukkan ujung trokar melalui insisi
- e) Memasukkan implant ke dalam trokarnya
- f) Ubah arah trokar sehingga implant berikutnya berada 15 derajat dari implant sebelumnya.
- g) Setelah semua implant terpasang, lakukan penekanan pada luka insisi dengan kasa steril untuk mengurangi perdarahan
- h) Luka insisi ditutup dengan kompres kering, lalu lengan dibalut dengan kasa. Daerah insersi dibiarkan kering dan tetap bersih selama 4 hari (Kurnia, 2013).

8. Indikasi pencabutan

- a) Setelah lima tahun insersi implant (norplant)
- b) Atas permintaan pasien (seperti adanya keluhan atau pasien ingin hamil)
- c) Keadaan yang tergolong sebagai perhatian khusus bagi insersi implant (norplant), sehingga sebaiknya mengganti dengan caranon hormonal yang lain.

9. Melakukan pencabutan implant

- a) Jelaskan pada pasien mengenai prosedur yang akan dilakukan
- b) Persilahkan pasien untuk mencuci seluruh lengan dan tangan
- c) Atur lengan pasien tempat implant terpasang
- d) Raba kapsul implant
- e) Raba ujung kapsul dekat lipatan siku
- f) Pastikan posisi setiap kapsul
- g) Siapkan tempat alat
- h) Buka bungkus steril

Tindakan pencabutan implant dengan metode standart

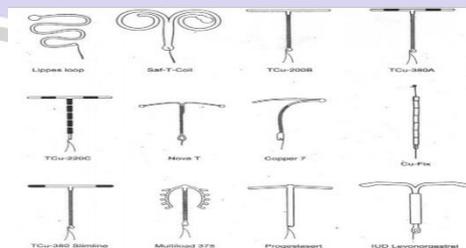
- a) Tentukan lokasi insisi
- b) Buat insisi melintang (± 4 mm)
- c) Lakukan pencabutan kapsul
- d) Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan
- e) Jepit ujung kapsul

- f) Bersihkan dan buka jaringan ikat yang mengelilingi kapsul
- g) Jepit kapsul
- h) Lepaskan klem pertama
- i) Cabut kapsul
- j) Cabut kapsul berikutnya
- k) Pastikan bahwa semua kapsul sudah dicabut
- l) Tunjukkan kapsul tersebut pada pasien

Tindakan pasca pelepasan

- a) Bersihkan daerah di sekitar insisi
 - b) Pegang dan dekatkan kedua tepi luka insisi
 - c) Tutup luka
 - d) Periksa perdarahan
 - e) Tutup daerah insisi
- g) **AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)**

AKDR atau IUD adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan dimasukkan kedalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Romauli, 2011).



Gambar 2.12

IUD

Sumber: (Romauli, 2011).

1) Jenis

1. AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T, diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

2. AKDR yang lain beredar di Indonesia adalah NOVA T (Schering)

3. Copper-7

Berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan

4. Multi load

Terbuat dari plastik dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel

5. Lippes loop

Berbentuk dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung (Dewi, 2013).

2) Mekanisme kerja AKDR

1. Timbulnya reaksi radang lokal yang non-spesifik di dalam cavum uteri sehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu

2. Produksi lokal prostaglandin yang meninggi, yang menyebabkan terhambatnya implantasi

3. Gangguan/terlepasnya blastocyst yang telah berimplantasi di dalam endometrium
4. Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopi
5. Immobilitas spermatozoa saat melewati cavum uteri
6. Dari penelitian terakhir, disangka bahwa AKDR juga mencegah spermatozoa membuahi sel telur (mencegah fertilisasi) (Imelda Fitri,2018).

3) Kerugian

Efek samping yang umum terjadi :

1. Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
2. Haid lebih lama dan banyak
3. Perdarahan (spotting) antar menstruasi
4. Saat haid lebih sakit

Komplikasi lain :

- (1) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
- (2) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia
- (3) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar)
- (4) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- (5) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan

- (6) Penyakit Radang Panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas
- (7) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan
- (8) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- (9) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri, petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan AKDR
- (10) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera setelah melahirkan)
- (11) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal
 - a. Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini (KKB, 2012).

4) Keuntungan

1. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi

- a. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
 - b. AKDR dapat aktif segera setelah pemasangan
 - c. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi diri dari CuT-380A dan tidak perlu di ganti)
 - d. Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat- ingat
 - e. Tidak mempengaruhi hubungan seksual
 - f. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
 - g. Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
 - h. Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
 - i. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
 - j. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
 - k. Tidak ada interaksi dengan obat-obat
 - l. Membantu mencegah kehamilan ektopik
- (KKB, 2012)

5) 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)

6) 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 bayinya
6. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
7. Risiko rendah dari IMS
8. Tidak menghendaki metode hormonal
9. Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
10. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama
(Kumalasari, 2015)

Pada umumnya ibu dapat menggunakan AKDR Cu dengan aman dan efektif. AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan keadaan misalnya :

- 1) Perokok
- 2) Pasca keguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi
- 3) Sedang memakai anti biotika atau anti kejang
- 4) Gemuk ataupun yang kurus
- 5) Sedang menyusui

Begitu juga ibu dalam keadaan seperti dibawah ini dapat menggunakan AKDR

- 1) Penderita tumor jinak payudara
- 2) Penderita kanker payudara
- 3) Pusing-pusing, sakit kepala
- 4) Tekanan darah tinggi
- 5) Varises di tungkai atau di vulva
- 6) Penderita penyakit jantung (termasuk penyakit jantung katup dapat diberi anti biotika sebelum pemasangan AKDR)
- 7) Pernah menderita stroke
- 8) Penderita diabetes
- 9) Penderita penyakit hati atau empedu
- 10) Malaria
- 11) Skistosomiasis (tanpa anemia)
- 12) Penyakit tiroid
- 13) Epilepsi
- 14) Nonpelvik TBC
- 15) Setelah kehamilan ektopik
- 16) Setelah pembedahan pelvik

7) Kontraindikasi

- a. Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- b. Perdarahan vagina yang tidak diketahui.

- c. Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servicitis)
- d. Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus.
- e. Kelainan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi cavum uteri
- f. Penyakit trofoblas yang panas.
- g. Diketahui menderita TBC pelvis.
- h. Kanker alat genital.
- i. Ukuran rongga rahim kurang dari 5cm

(Romauli, 2011)

8) Waktu penggunaan

1. Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
2. Hari pertama sampai ke 7 siklus haid
3. Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenore laktasi. Perlu diingat angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pasca persalinan
4. Setelah abortus atau keguguran
5. Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

(Kurnia, 2013)

9) Cara pemasangan AKDR

1. Langkah 1

- a. Jelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan
- b. Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberapa langkah waktu pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah tersebut
- c. Pastikan klien sudah mengosongkan kandung kemihnya

2. Langkah 2

- a. Periksa genitalia eksterna untuk memeriksa adanya ulkus, pembengkakan kelenjar getah bening (bubo), pembengkakan kelenjar bartholini dan kelenjar skene
- b. Lakukan pemeriksaan spekulum untuk memeriksa adanya cairan vagina, sevisitis, dan pemeriksaan mikroskopis bila diperlukan
- c. Lakukan pemeriksaan panggul untuk menentukan besar, posisi uterus, konsistensi dan mobilitas uterus. Untuk memeriksa adanya nyeri goyang serviks dan tumor pada adneksa atau pada kavum douglasi

3. Langkah 3

Lakukan pemeriksaan mikroskopik bila tersedia dan bila ada indikasi untuk memeriksa adanya jamur, trikomonas, bakterial vaginosis (preparat basah saline dan KOH serta pemeriksaan pH) untuk memeriksa adanya gonore atau klamidia

4. Langkah 4

Masukkan lengan AKDR Copper T-380 A di dalam kemasan sterilnya

5. Langkah 5

Gunakan tenakulum untuk menjepit serviks pada posisi jam satu atau jam sebelas

6. Langkah 6

Masukkan sonde uterus untuk menentukan posisi uterus dan kedalaman kavum uteri. Masukkan sonde sekali masuk dengan teknik tanpa sentuh dimasukkan untuk mengurangi resiko infeksi

7. Langkah 7

- a. Atur letak leher biru pada tabung inserter sesuai dengan kedalaman kavum uteri
- b. Tarik tenakulum (yang masih menjepit serviks sesudah melakukan sonde uterus) sehingga kavum uteri, kanalis servikalis dan vagina berada dalam satu garis lurus
- c. Masukkan dengan pelan dan hati-hati tabung inserter yang sudah berisi AKDR ke dalam kanalis servikalis dengan mempertahankan posisi leher biru dalam arah horizontal
- d. Sesuai dengan arah dan posisi kavum uteri, dorong tabung inserter sampai leher biru menyentuh serviks atau sampai terasa ada tahanan dari fundus uteri. Pastikan leher biru tetap dalam posisi horizontal

- e. Pegang serta tahan tenakulum dan pendorong dengan satu tangan, sedang tangan lain menarik tabung inserter sampai pangkal pendorong. Dengan cara ini lengan AKDR akan berada tepat di fundus (puncak kavum uteri)
 - f. Keluarkan pendorong dengan tetap memegang dan menahan tabung inserter, dorong kembali tabung inserter dengan pelan dan hati-hati samapai terasa ada tahanan fundus. Langkah ini menjamin bahwa lengan AKDR akan berada tetap di tempat yang setinggi mungkin di dalam kavum uteri
 - g. Keluarkan sebagian tabung inserter dari kanalis servikalis. pada waktu benang tampak tersembul keluar dari tabung serviks sepanjang 3-4 cm, potong benang tersebut dengan menggunakan gunting mayo yang tajam
 - h. Lepas tenakulum. Bila ada perdarahan banyak dari tempat bekas jepitan tenakulum, tekan dengan kasa sampai perdarahan terhenti.
8. Langkah 8
- Buang bahan-bahan habis pakai yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan. Bersihkan permukaan yang terkontaminasi
9. Langkah 9
- Lakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai

10. Langkah 10

- a. Ajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa benang AKDR (dengan model bila tersedia).
- b. Minta klien menunggu di klinik selama 15-30 menit setelah pemasangan AKDR (Kumalasari, 2015).

10) Cara pencabutan AKDR

1. Langkah 1

Menjelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan persilahkan klien untuk bertanya

2. Langkah 2

Memasukkan spekulum untuk melihat serviks dan benang AKDR

3. Langkah 3

Mengusap serviks dan vagina dengan larutan antiseptik dua sampai tiga kali.

4. Langkah 4

- a. Menggunakan kepala klien bahwa sekrang akan dilakukan dilakukan pencabutan. Meminta klien untuk tenang dan menarik napas panjang. Memberitahu mungkin timbul sakit tapi itu normal
- b. Pencabutan normal. Jepit benang di dekat serviks dengan menggunakan klem lurus atau lengkung (ekstraktor) yang sudah didisinfeksi tingkat tinggi atau steril dan tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik

dengan kuat, AKDR biasanya dapat dicabut dengan mudah. Untuk mencegah benangnya putus, tarik dengan kekuatan tetap dan cabut AKDR dengan pelan-pelan. Bila benang putus saat ditarik tetapi tepi ujung AKDR masih dapat dilihat maka jepit ujung AKDR tersebut dan tarik keluar

c. Pencabutan sulit. Bila benang AKDR tidak tampak, periksa pada kanalis servikalis dengan menggunakan klem lurus atau lengkung. Bila tidak ditemukan pada kanalis servikalis, masukkan klem atau alat pencabut AKDR ke dalam kavum uteri untuk menjepit benang atau AKDR itu sendiri

d. Bila sebagian AKDR sudah ditarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik seluruhnya dari kanalis servikalis, putar pelan-pelan sambil tetap menarik selama klien tidak mengeluh sakit. Bila dari pemeriksaan bimanual didapatkan sudut antara uterus dengan kanalis servikalis yang sangat tajam, gunakan tenakulum untuk menjepit serviks dan lakukan tarikan ke bawah dan ke atas dengan pelan-pelan dan hati-hati, sambil memutar klem. Jangan menggunakan tenaga besar (Kumalasari, 2015).

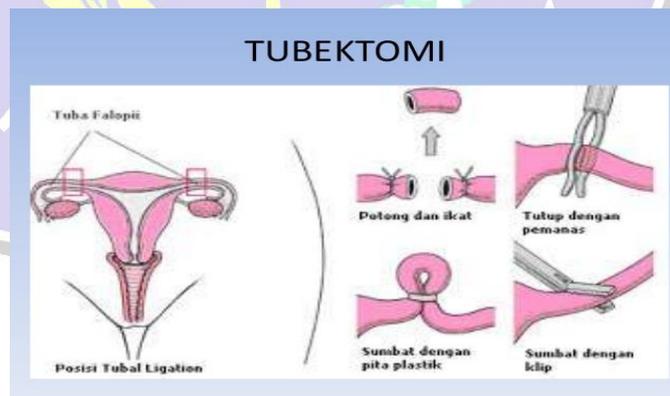
h) **Metode Kontap Dengan Cara Operasi (Kontrasepsi Mantap)**

1. Pengertian

Kontrasepsi mantap atau sterilisasi pada wanita adalah suatu kontrasepsi permanen yang dilakukan dengan cara melakukan suatu tindakan pada kedua saluran telur sehingga menghalangi pertemuan sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma) (Romauli, 2011).

Tubektomi (Metode Operasi Wanita atau MOW) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tubafalupii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Diah, 2012).

Vasektomi (Metode Operasi Pria atau MOP) adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengoklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Diah, 2012)



Gambar 2.13

Tubektomi

Sumber : (Diah, 2012)

2. Efektivitas

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

3. Waktu

Pelaksanaan tindakan sterilisasi dilakukan pada saat :

- a. Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini tidak hamil
- b. Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi
- c. Pasca persalinan (post partum). Sebaiknya dilakukan dalam 24 jam atau selambat-lambatnya 48 jam pasca persalinan. Setelah lebih dari 48 jam, operasi akan lebih sulit dengan adanya edema tuba dan infeksi yang akan menyebabkan kegagalan sterilisasi. Jika dilakukan setelah hari ke-7 sampai hari ke-10 pasca persalinan, uterus dan alat genital lainnya telah mengecil dan menciut yang menyebabkan mudah terjadinya perdarahan dan infeksi
- d. Pasca keguguran (post abortus) Sterilisasi dapat dilakukan sesaat setelah terjadinya abortus
- e. Saat tindakan operasi pembedahan abdominal. Hendaknya saat operasi pembedahan abdominal telah dipertimbangkan untuk tindakan sterilisasi karena pada

tindakan ini dapan sekaligus dilakukannya kontrasepsi mantap (Romauli, 2011)

4. Keuntungan

Terdapat beberapa keuntungan dan manfaat sterilisasi wanita yaitu :

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

(Romauli, 2011)

5. Keterbatasan

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

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

6. Syarat

Terdapat beberapa syarat untuk menjadi akseptor kontrasepsi mantap MOW yaitu :

A. Syarat sukarela

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

B. Syarat bahagia

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

C. Syarat medik

7. Indikasi

Menurut (Romauli, 2011) sterilisasi dilakukan atas indikasi:

1. Indikasi medis umum

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

2. Indikasi medis obstetrik

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

3. Indikasi medis ginekologik

Pada waktu melakukan operasi ginekologik, dapat dipertimbangkan untuk dilakukannya sterilisasi

4. Indikasi sosial ekonomi

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

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

8. Kontraindikasi

- (a) Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai)
- (b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi)
- (c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah tersebut sembuh)
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedaha
- (e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan
- (f) Belum memberikan persetujuan tertulis (Romauli, 2011).



2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Trimester III

1. Pengkajian

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

1. Data Subyektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Romauli, 2011).

b) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30- 35 tahun (Romauli, 2011).

c) Pendidikan

Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu (Romauli, 2011).

d) Pekerjaan

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

e) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Walyani, 2015).

2) Keluhan utama

Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu :

a) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstermitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

b) Varises

Varises disebabkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat ia berbaring.

c) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi, oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid.

d) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstermitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada saat wanita tersebut duduk atau berdiri.

e) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf.

f) Sesak nafas

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

g) Nyeri punggung bawah

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

h) Kecemasan menghadapi persalinan

Wanita akan merasakan kecemasan berlebihan dengan kehidupannya dan bayinya, seperti apakah nanti bayinya akan abnormal, terkait dengan persalinan (nyeri, kehilangan kendali, dan hal yang tidak diketahui), apakah ia mampu bersalin dengan normal, apakah ia bisa merawat bayinya, ia juga merasa canggung, jelek, berantakan. Dalam hal ini ibu sangat memerlukan dukungan yang sangat besar dari pasangannya.

3) Riwayat Kesehatan

a) Penyakit jantung

Kehamilan dikontraindikasikan untuk penyakit jantung tertentu dan pada kondisi ini keputusan tentang apakah kehamilan dapat dipertahankan atau tidak (Saifuddin, 2011).

b) Anemia

Bahaya anemia selama kehamilan yaitu terjadi abortus, persalinan premature, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi ancaman dekompensasi kordis ($Hb < 6 \text{ gr\%}$),

molahidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini.

c) Sifilis

Penyebab penyakit ini adalah *Treponema pallidum* yang dapat menembus plasenta setelah usai kehamilan 16 minggu. Pengaruh terhadap kehamilan dapat dalam bentuk persalinan prematuritas atau kematian dalam rahim dan infeksi bayi (Saifuddin, 2011).

d) Asma

Selama kehamilan, gejala asma mungkin memburuk karena ruang paru tertekan janin yang berkembang.

e) TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, sitomegalovirus, herpes simpleks dan rubella dapat menimbulkan abortus, persalinan premature, pertumbuhan janin terhambat (Saifuddin, 2011).

f) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinis wanita dengan infeksi HIV/AIDS. Transmisi vertical merupakan penyebab tersering infeksi HIV pada bayi dan anak-anak (Saifuddin, 2011).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetic yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetic (Romaui, 2011).

5) Riwayat Kebidanan

a) Menstruasi menurut (Marmi, (2011) gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $h+7$ $b-3$ $th+1$ untuk siklus 28 hari.

b) Riwayat kehamilan yang lalu mencangkup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi, (2011).

c) Infomasi esensial tentang persalinan terdahulu mencangkup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau boleh sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin, serta komplikasi-koplikasi yang menyertai (Marmi, (2011).

d) Jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan. Pelayanan asuhan kehamilan standart minimal 10T yaitu : Timbang, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur LILA), tentukan presentasi janin dan

denyut jantung janin (DJJ), ukur tinggi fundus uteri, pemberian minimal TT lengkap (5 kali TT yaitu TT 5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium, tatalaksana kasus, dan temu wicara dalam persiapan rujukan.

6) Riwayat Kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menggali kehamilan” (Marmi, (2011)).

7) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan :

(1) Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan factor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10- 12 kg selama hamil.

(2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia dan oedema.

(3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka.

(4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mg, minimal masing-masing 90 tablet.

(5) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari.

b) Eliminasi

(1) Buang Air Kecil (BAK)

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

(2) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar

ketika terjadi peningkatan hormon progesterone (Marmi, (2011).

c) Istirahat dan tidur

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/pembesaran rahim pada ruang abdomen. Nyeri pada ligament ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligament karena adanya pembesaran rahim. Istirahat dengan posisi duduk lazim dipilih ibu hamil (Romauli, 2011).

d) Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 2x sehari karena ibu hamil cenderung mengeluarkan banyak keringat (Romauli, 2011).

e) Riwayat seksual

Pada trimester III libido ibu menurun sehingga jarang melakukan hubungan seksual. Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan hubungan seksual perlu dihindari karena dapat membahayakan (Romauli, 2011).

f) Riwayat ketergantungan

(1) Merokok

Ibu hamil yang merokok menyebabkan bayi kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui

rokok bisa ditransfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi (Marmi, (2011).

(2) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting.

(3) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alcohol (Marmi, (2011).

g) Latar Belakang Sosial Budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan. Adat ini sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat (Romauli, 2011).

h) Data Obyektif

Setelah data subyektif kita dapatkan, untuk melengkapi data kita dalam menegakkan diagnosis, maka kita harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang dilakukan berurutan.

1) Pemeriksaan umum

(a) Keadaan umum

Untuk mengetahui data ini kita cukup dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan kita laporkan dengan kriteria sebagai berikut :

(1) Baik

Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain..

(2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain (Sulistyawati A, 2011).

(3) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien (Sulistyawati A, 2011).

(b) Tanda-tanda Vital

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik ≥ 120 mmHg, ia beresiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2011).

(2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm) (Marmi, 2011).

(3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

(4) Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011).

(c) Antropometri

(1) Tinggi Badan

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil atau ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko.

(2) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Manuaba, 2012).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Pada bagian kiri lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011).

2) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak (Romauli, 2011).

(2) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris (Romauli, 2011)

(3) Mata

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

(4) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung dan adakah pengeluaran sekret (Umami Hani, 2011).

(5) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011).

(6) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

(7) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

(8) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas. Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol (Romauli, 2011).

(9) Abdomen

Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livide dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011).

a) Palpasi Abdomen atau periksa raba yaitu untuk menentukan besarnya rahim, menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin. Cara melakukan palpasi menurut Leopold adalah sebagai berikut :

(1) Leopold I : Pemeriksaan Leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan

(2) Leopold II : Tujuan Leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (ekstermitas) (Romauli, 2011).

(3) Leopold III : Tujuan Leopold III yaitu untuk mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normalnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin). Serta apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum

terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Romauli, 2011).

(4) Leopold IV : Tujuan leopold IV yaitu untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP guna menentukan bagian bawah dalam rahim konvergen atau divergen (Fatimah, 2017).

b) Penurunan

Penilaian penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada diatas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan 5 jari tenagn pemriksa (per limaann). Penurunan bagian terbawah dengan metode 5 jari :

(1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis

(2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul

(3) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.

(4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digerakkan).

(5) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.

(5) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (Marmi, 2011).

e) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120-140 denyut per menit. Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011).

(1) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriiasi, dan memar (Marmi, 2011).

(2) Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatkan kadar hormone yang melemahkan dinding vena dibagian anus.

(3) Ekstermitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring (Walsh, 2012).

3) Pemeriksaan khusus

(a) Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

(a) Pemeriksaan panggul luar

(1) Distansia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya $\pm 23-26$ cm)

(2) Distansia cristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya $\pm 26-29$ cm)

(3) Conjugata eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruang tulang lumbal ke-V (normalnya $\pm 18-20$ cm)

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

Distansia tuberum Ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau jarak antara tuber ischiadikum kanan kiri ukuran normal 10,5 – 11 cm (Marmi, 2014).

(b) Pemeriksaan panggul dalam Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul (Hani dkk, 2014).

4) Pemeriksaan Penunjang

(a) Pemeriksaan darah

(1) Hemoglobin

Nilai batas normal untuk anemia pada perempuan hamil di trimester pertama dan ketiga yaitu tidak kurang 11,0 g/dl, sedangkan di trimester kedua tidak kurang 10,5 g/dl (Saifuddin, 2011).

(2) HbsAg

HbsAg merupakan pertanda serologik infeksi virus hepatitis B pertama yang muncul di dalam serum dan mulai terdeteksi antara 1 sampai 12 minggu pasca infeksi, mendahului munculnya gejala klinik serta meningkatnya SGPT.

(3) HIV / AIDS

Infeksi HIV pada ibu hamil bisa menembus ke janin selama kehamilan, saat melahirkan, atau selama menyusui.

(4) Pemeriksaan golongan darah

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

(b) Pemeriksaan urin

Protein urin : Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urine, menunjukkan ibu mengalami preeklamsia.

5) Pemeriksaan penunjang lain

(a) Pemeriksaan USG

Beberapa indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan trimester III antara lain penentuan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, terduga kematian janin, terduga kelainan volume cairan, evaluasi kesejahteraan janin, KPD atau persalinan aterm, penentuan presentasi janin, membantu tindakan versi luar, terduga inkompetensi serviks, terduga plasenta previa, terduga solusio plasenta, terdapat nyeri pelvik atau nyeri abdomen, evaluasi kelainan congenital, terduga adanya tumor pelvic atau kelainan uterus (Romauli, 2011).

2. Diagnosa

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 : GPAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (heart burn), dan kecemasan menghadapi persalinan.

3. Intervesi

Diagnosa : G...P...A...P...I...A..H usia kehamilan....minggu, janin hidup, tunggal intrauteri, panggul normal, dan keadaan umum baik (Manuaba, 2012).

- 1) Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan.

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan

- 2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

- 3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar

- 4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

- 5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ Dengan adanya rencana persalinan, akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan, serta meningkatkan kemungkinan bahwa ia menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu.

- 6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

7) 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. Kemungkinan

4. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan dalam Sunarti (2013:98-110), Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam Sunarti (2013:98-110) tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

6. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam Sunarti (2013:98-115) tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara

lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.



2.2.2 Konsep Dasar Asuhan kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian

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

a) Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

1) Biodata

(a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomer telepon yang berbeda (Manuaba, 2012).

(b) Usia atau tanggal lahir

Usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisiposi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden preeklamsia.

(c) Agama

Data ini ditanyakan untuk menentukan apakah tindakan yang dilakukan sesuai dengan ajaran agama ibu atau tidak (Manuaba, 2012).

(d) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam menyampaikan informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Romauli, 2011).

(e) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Marmi, 2011).

(f) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Romauli, 2011).

2) Keluhan utama

Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan pinggang terasa sakit menjalar ke depan, mengeluarkan lendir dan darah, mengeluarkan cairan (air ketuban) (Sulistiyawati, 2012).

3) Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya disminorea. Selain itu, kaji pula HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) ibu (Rohani, 2011).

4) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut (Saifuddin 2014) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali

selama kehamilan yaitu satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga

5) Riwayat persalinan

(a) Jarak antara dua kelahiran

(b) Tempat melahirkan

(c) Cara melahirkan (spontan, vakum, forsep, atau operasi)

Masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, preeklamsia, eklamsia, dan lain-lain (Manuaba, 2012).

6) Riwayat kelahiran bayi

Berat dan panjang badan waktu lahir, jenis kelamin, kelainan yang menyertai, bila bayi meninggal apa penyebab kematiannya (Manuaba, 2012).

7) Riwayat KB

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya penggunaan alat kontrasepsi dan lama penggunaan alat kontrasepsi (Rohani, 2011).

8) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Dikaji untuk membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir.

9) Riwayat seksual

Riwayat seksual yang dikaji meliputi jenis hubungan seksual, hubungan monogamy atau jumlah dan jenis pasangan, frekuensi kepuasan hubungan seksual, masalah.

10) Status perkawinan

- (a) Usia pertama kali menikah
- (b) Status pernikahan sah/tidak
- (c) Lama pernikahan
- (d) Perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyawati, 2012).

11) Pola fungsi kesehatan

(a) Pola makan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan

(b) Pola minum

Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi.

(c) Eliminasi

Selama persalinan ibu harus dianjurkan berkemih setiap 1-2 jam.

(d) Istirahat dan tidur

Umumnya wanita lebih suka berbaring karena sakit ketika his.

(e) Personal Hygiene

Bagi ibu yang sedang berada proses persalinan normal, mandi air hangat (Birthing pool) dapat menjadi pereda nyeri efektif

yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya.

(f) Respon keluarga terhadap persalinan

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran.

b) Data obyektif

Data obyektif adalah data yang sesungguhnya dapat diobservasi dan dapat dilihat oleh tenaga kesehatan.

1) Pemeriksaan Umum

(a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh (Romauli, 2011).

(b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien (Sulistyawati, 2012).

(c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah diukur setiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Romauli, 2011).

(2) Nadi

Nadi normal menunjukkan pasien dalam keadaan baik, jika lebih dari 100x/menit, kemungkinan sang ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, perdarahan (Laliyana dkk,2011).

(3) Suhu

Suhu tubuh pasien meningkat selama persalinan, yang dianggap normal adalah peningkatan yang tidak lebih dari 0,5 sampai 10°C.

(4) Pernafasan

Pernafasan normal 16-24 kali per menit (Romauli, 2011).

(d) Antropometri

(1) Berat badan

Kenaikan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu 6,5 kg – 16,5 kg selama hamil (Fathma, 2014).

(2) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan ≤ 145 cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011).

(3) LILA (lingkar lengan atas) pada bagian kiri

Lila kurang dari 23,50 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu kurang/buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011).

2) Pemeriksaan Fisik

(a) Inspeksi

(1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak (Romauli, 2011).

(2) Muka

Untuk mengetahui tampak pucat atau tidak.

(3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia, Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan terinfeksi hepatitis (Romauli, 2011).

(4) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung dan adakah pengeluaran sekret (Umami Hani, 2011).

(5) Mulut dan gigi

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah.

Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium (Romauli, 2011).

(6) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

(7) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

(8) Dada

Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronkhi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada masa abnormal (Romauli, 2011).

(9) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya, kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui.

(10) Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Romauli, 2011).

(11) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II.

Tabel 2.12

Derajat Laserasi

No	Derajat laserasi	Lokasi derajat Derajat
1	Derajat satu	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
2	Derajat dua	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
3	Derajat tiga	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot spingter ani
4	Derajat empat	

Sumber : (Fatimah, 2017).

(12) Anus

Perinium mulai menonjol dan anus mulai membuka.

Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah didasar panggul dan mulai membuka pintu.

(13) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik preeklamsi. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar.

(b) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan

kepala dan presentasi janin. Cara melakukan palpasi menurut Leopold adalah sebagai berikut :

(1) Leopold I : Pemeriksaan Leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Romauli, 2011).

(2) Leopold II : Tujuan Leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (ekstermitas) (Romauli, 2011).

(3) Leopold III : Tujuan Leopold III yaitu untuk 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).

(4) Leopold IV : Tujuan Leopold IV yaitu untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP guna menentukan bagian bawah dalam rahim konvergen atau divergen

(c) Auskultasi

Penilaian DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai persalinan sebelum atau selama puncak

berkontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir.

(d) His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik. 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.

(2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi.

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

(4) Kala IV

Persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam.

(e) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa, diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dan diketahui juga efficement, konsistensi, keadaan ketuban, preentasi, denominator dan hodge.

(f) Data Pemeriksaan Penunjang

- (1) Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah diperiksa untuk mengetahui golongan darah, kadar darah, kadar haemoglobin (Hb).
- (2) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostic dengan menggunakan gelombang ultrasonic.

2. Diagnosa Kebidanan

- a) Diagnosa : G..P..A..P..I..A..H.. UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI,II,III,IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu:
 - 1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan.

- 2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.
- 3) Kala II dengan kemungkinan masalah :
 - (a) Letih
 - (b) Infeksi
 - (c) kram kaki atau tungkai

3. Intervensi

- a) Diagnosa : G..P..A..P..I..A..H.. UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI, II, III, IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan jani baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.
 - (1) Berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya.
 - (2) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.
 - (3) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.
 - (4) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap. R/Untuk mempercepat penurunan kepala janin.

(5) Observasi TTV

- a) DJJ setiap 1 /2 jam.
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 1 /2 jam
- c) Nadi setiap 1 /2 jam
- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi.
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- f) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
- g) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam.

(6) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

(7) Tunggu pembukaan lengkap. Jika sudah pembukaan lengkap, lakukan asuhan persalinan normal 60 langkah sesuai APN (asuhan persalinan normal),

4. Implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman kepada klien atau pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

5. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan. 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 pada klien atau pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

6. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ringan ini menggunakan SOAP yaitu:

S : Subjektif

Menggunakan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

O : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan.

A : Assesment atau analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data

P : Plan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan analisa.



2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Masa Nifas

I. Pengkajian data

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

1. Data subjektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

a) Identitas

1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Marmi, 2011).

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti usia kurang dari 20 tahun. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas (Marmi, 2011).

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien (Marmi, 2011).

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling (Marmi, 2011).

5) Suku Bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Marmi, 2011).

6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Marmi, 2011).

7) Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal (Marmi, 2011).

b) Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering dialami ibu masa nifas.

c) Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan atau klinik, yang dikatakan oleh ibu tersebut (Marmi, 2011).

d) Riwayat kebidanan

a) Riwayat menstruasi: Menstruasi kembali setelah 4-6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Saifuddin, 2014).

- 1) Riwayat obstetri: Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.
- 2) Riwayat nifas yang lalu: Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas.
- 3) Riwayat KB: Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, Metode Amenorhe Laktasi (MAL) dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2014).
 - e) Pola kebiasaan sehari-hari
 - b) Nutrisi : Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (Saifuddin, 2014).
 - c) Eliminasi : Buang air kecil sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam (Marmi, 2014).
 - d) Personal hygiene : Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk

mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari (Saifuddin, 2014).

e) Istirahat : Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi kondisi ibu (Saifuddin, 2014).

f) Aktivitas : Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal (Saifuddin, 2014).

g) Seksual : Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri (Saifuddin, 2014)

h) Latar belakang sosial budaya Menurut (Saifuddin, 2014) , kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

1. Menghindari makanan berprotein
2. Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama)
3. Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Mengamati keadaan umum pasien harus secara menyeluruh.

2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran (Sulistiyawati, 2012).

3) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah : Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik

2) Nadi : Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum.

3) Suhu : Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 postpartum

4) Pernafasan : Napas pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan.

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala : Rambut Bersih atau kotor, pertumbuhan warna mudah rontok atau tidak (Romauli, 2011).

- 2) Wajah : Bentuk simetris, tampak sembab atau tidak, tidak pucat, tampak cloasma gravidarum (Romauli, 2011).
- 3) Mata : Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih (Saifuddin, 2014).
- 4) Hidung : Kebersihan, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak (Saifuddin, 2014).
- 5) Mulut : Mukosa bibir (lembab, kering, atau pecah-pecah), gangguan mulut (kebersihan lidah, kebersihan gigi, ada karies gigi atau tidak)
- 6) Telinga : Kebersihan, gangguan pendengaran
- 7) Leher : Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan kandungan vena jugularis (Romauli, 2011).
- 8) Payudara : Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu : Puting susu pendek atau rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014).
- 9) Abdomen : Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fondus uteri, kontraksi

uterus dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014).

10) Genetalia : Pengkajian perineum terhadap memar, oedema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Nugroho, 2014).

11) Anus : Tidak adanya hemmoroid (Ambarwati, 2010).

12) Ekstermitas : Flagmasia alba dolens merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012).

c) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (HB) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli (Manuaba, 2012)

II. Diagnosa kebidanan

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/ tidak baik . PAPIAH, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan

kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Marmi, 2012)

III. Intervensi

Diagnosa: PAPIAH, post partum hari ke..., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, after pain, pembengkakan payudara (Saifuddin, 2014).

- 1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menagani masalah yang

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan atau minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan.

- 3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis

- 4) Beri konseling ibu tentang KB pascalin.

R/ Untuk menjarangkan anak

- 5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan

IV. 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 kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

V. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

VI. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, 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 : Data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau follow up dan rujukan



2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

I. Pengkajian data

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

1. Data subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap putting (Manuaba, 2012).

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran

d) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang

e) Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis (Walsh, 2012).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi : Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan.

2) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari.

(b) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari.

(c) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal normal dalam 2 minggu pertama.

(d) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada temperamen individu.

(e) Personal hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering.

g) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011).

2. Data Obyektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu 36,5°C–37°C.

b) Tanda-tanda vital

1) Nadi : Frekuensi jantung bayi cepat, sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2011).

2) Suhu : Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda

3) Pernafasan Bayi baru lahir selama satu menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi.

4) APGAR SCORE : Nilai APGAR adalah suatu metode sederhana yang digunakan untuk menilai keadaan umum bayi sesaat setelah kelahiran.

c) Antropometri

- 1) Panjang badan : Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh
- 2) Berat badan : Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2011).
- 3) Ukuran kepala : Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang

d) Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala : Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya: caput suksedaneum, cefal hematoma (Marmi, 2011).
- 2) Wajah : Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi diintrauterin (Marmi, 2011).
- 3) Mata : Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka
- 4) Hidung : Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan.

- 5) Mulut : Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat.
- 6) Telinga : Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantung luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik.
- 7) Leher : Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran tiroid, tidak ada krepitus atau fraktur.
- 8) Dada : Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas (Marmi, 2011).
- 9) Abdomen : Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas (Marmi, 2011).
- 10) Genetalia
 - (a) Perempuan : Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2011).
 - (b) Laki-laki : Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra.
- 11) Anus : Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom megakolon atau obstruksi saluran pencernaan

12) Ekstremitas Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum.

13) Kulit dan kuku Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang- kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan.

e) Pemeriksaan penunjang

- 1) Refleks melangkah (stepping reflex)
- 2) Refleks menelan (swallowing reflex)
- 3) Refleks berkedip (glabellar reflex)
- 4) Refleks menghisap (suckling reflex)
- 5) Refleks mencari (rooting reflex)
- 6) Refleks menggenggam (grasping reflex)
- 7) Refleks terkejut (morro reflex)
- 8) Refleks babinsky (Goreskan telapak kaki)
- 9) Refleks menoleh (tonikneck reflex)

II. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/H/Enke/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

III. Intervensi Diagnosa

Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-400 gram), PB (48-52 cm).

1) Lakukan inform consent

R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang

3) Beri identitas bayi

R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan.

4) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/ Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi.

5) Rawat tali pusat dan membungkus dengan kassa

R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi.

6) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAK/BAB

R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas.

- 7) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari (Marmi, 2011)

IV. 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 kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

V. 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 diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi klien.

VI. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan dalam memberikan asuhan kebidanan.



2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

I. Pengkajian

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

1. Data subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

a) Identitas

1) Nama

Untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011).

2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2014).

3) Agama

Informasi mengenai agama dapat digunakan untuk menuntun diskusi tentang tradisi keagamaan dalam kehamilan dan persalinan (Marmi, 2011).

4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Alat Kontrasepsi Bawah Rahim) (Manuaba, 2012).

5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut (Saifuddin 2012) adalah: Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi

c) Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan atau klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Mochtar, 2011).

d) Riwayat kesehatan

1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke.

2) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin

3) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012).

e) Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi Menurut (Marmi, 2014) :

(a) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

(b) Siklus haid : Siklus haid yang klasik adalah 28 hari \pm 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

(c) Haid : Haid, Bila menyusui atau 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat.

f) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir.

g) Riwayat persalinan yang lalu

Persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (forsep atau SC), riwayat perdarahan pada kehamilan (Affandi, 2012).

h) 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 (Manuaba, 2012).

i) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015).

j) Pola kebiasaan sehari-hari

- 1) Nutrisi : KB hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan (Hartanto, 2015).
 - 2) Eliminasi : Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015).
 - 3) Kebersihan diri : Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia (Hartanto, 2015).
 - 4) Seksual : Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.
 - 5) Istirahat : Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien.
 - 6) Aktivitas : Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari
- k) Latar belakang sosial budaya
- Mengkaji apakah suami mendukung ibu untuk menggunakan KB dan sama sekali tidak ada larangan untuk pemakaian KB dalam mengambil keputusan diambil secara bersama. Tidak ada budaya setempat yang menghambat ibu dalam pemakaian alat kontrasepsi (Manuaba, 2012).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progesterin dan implant dapat digunakan oleh wanita yang memiliki tekanan darah 180/110 mmHg (Saifuddin, 2012).

b) Pemeriksaan antropometri

Berat badan merupakan salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2012).

c) Pemeriksaan fisik

1) Kepala : bentuk, warna rambut, kebersihan, rontok atau tidak

2) Muka : Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan oedema, bentuk, terdapat cloasma gravidarum atau tidak.

3) Mata : Bentuk simetris, konjungtiva normal, warna merah muda, bila pucat menandakan anemia (Romauli, 2011).

4) Hidung : Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, bentuk, serta kebersihan.

5) Mulut dan tenggorokan : Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah bentuk,

kebersihan, mukosa bibir, ada atau tidak massa abnormal

6) Telinga : Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan , bentuk, kebersihan

7) Payudara : Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012).

8) Abdomen : ada atau tidak bekas luka operasi, adakah tanda-tanda kehamilan, ada atau tidak pembesaran rahim (Marmi, 2011).

9) Genetalia : ada atau tidak massa abnormal, kebersihan, ada atau tidak nyeri tekan pada genetalia.

10) Ekstermitas : Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012).

II. 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.

III. Intervensi

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri

2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien

3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

4) Bantulah klien menentukan pilihannya.

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya

7) Anjurkan pada ibu untuk untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan kontrasepsi.

IV. Implementasi

1. Menjelaskan pada ibu mengenai pengertian kontrasepsi
2. Menjelaskan pada ibu macam-macam kontrasepsi
 - a) Cara kerja kontrasepsi
 - b) Efektifitas kontrasepsi
 - c) Keuntungan kontrasepsi
 - d) Kerugian kontrasepsi
 - e) Efek samping kontrasepsi
 - f) Jadwal kontrasepsi
3. Memberikan inform consent untuk di tanda tangani ibu
(Affandi, 2012)

V. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/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.

VI. Dokumentasi

Menurut Keputusan Mentri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap,

akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

