

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR / TEORI

2.1.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN

A. Pengertian

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Saifuddin, 2014).

Kehamilan adalah masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal atau matur berlangsung kira kira 40 minggu (280 hari) dan tidak lebih dari 43 minggu (300 hari). Kehamilan yang berlangsung antara 28 dan 36 minggu disebut kehamilan premature, sedangkan bila lebih dari 43 minggu disebut kehamilan postmatur (Rukiyah .2009:83).

Pembagian kehamilan dibagi dalam 3 trimester. Trimester pertama dimulai konsepsi sampai 3 bulan (0- 12 minggu), trimester kedua dan bulan keempat sampai 6 bulan (13–28 minggu), trimester ketiga dari bulan 7 sampai 9 bulan (29–42 minggu) (Mansjoer.2009:92).

B. Klasifikasi Kehamilan

Menurut Asrinah dkk (2010), periode antepartum dibagi menjadi tiga trimester yaitu:

a. Trimester I berlangsung pada 0 minggu hingga ke-12

Trimester pertama usia kehamilan dimulai saat terjadi pembuahan sperma terhadap sel telur sampai dengan usia 12 minggu dalam trimester pertama ini alat-alat tubuh mulai terbentuk.

b. Trimester II minggu ke-13 sampai dengan minggu ke-27

Trimester kedua usia kehamilan dimulai saat usia 13 – 27 minggu. Dalam trimester kedua ini alat-alat tubuh telah dibentuk tetapi belum sempurna. Bila hasil konsepsi dapat dikeluarkan dari kavum uteri pada kehamilan dibawah 20 minggu disebut abortus.

c. Trimester III minggu ke-28 sampai dengan minggu ke-40

Trimester ketiga atau trimester terakhir adalah sejak kehamilan 28 minggu sampai 40 minggu. Janin yang dilahirkan pada trimester ketiga ini sudah dibentuk sempurna.

C. Proses terjadinya kehamilan

Untuk terjadinya kehamilan harus ada spermatozoa ,ovum (konsepsi) dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi .

1. PEMBUAHAN

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit Sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba fallopi. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapabilitas mampu melakukan penetrasi membran sel ovum (Saifuddin, 2014). Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi tiga fase yaitu sebagai berikut:

1) Tahap penembusan korona radiata.

Dari 200-300 juta hanya 300-500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapabilitas (Saifuddin, 2014).

2) Penembusan zona pellusida.

Zona pellusida adalah sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom.

Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu yang terlihat mampu menembus oosit (Megasari dkk, 2015).

3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma.

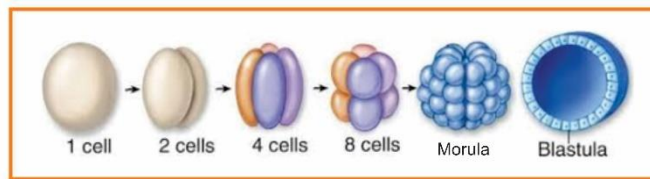
Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 genosom)

dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki-laki) (Kuswanti, 2014).

2. PEMBELAHAN

Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot. Hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. Segera setelah pembelahan ini terjadi. Pembelahan-pembelahan selanjutnya berjalan dengan lancar, dan dalam 3 hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya (Saifuddin, 2014). Zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel, sam pai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari). Dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei 16 sel disebut morula (4 hari). Saat morula memasuki rongga rahim, caira mulai menembus zona pellusida masuk kedalam suang antar sel yang ada di masa sel dalam. Berangsur-angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga atau blastokel sehingga disebut blastokista (4,5-5 hari) (Wiadnyana, 2011).

Sel yang bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa memasuki dinding rahim (endometrium) dan siap berimplantasi (5,5-6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut (Megasari dkk, 2014).

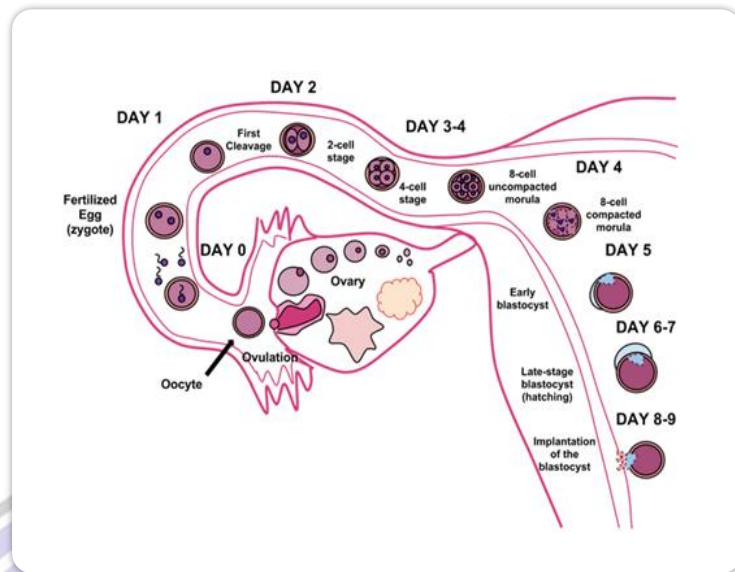


Gambar 2.1
Proses pembelahan zigot
Sumber: Kuswanti, 2014: 62.

3. NIDASI

Pada hari ke empat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista, suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah trofoblas dan dibagian dalamnya disebut massa inner cell. Massa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Sejak trofoblas terbentuk, hormon hCG mulai diproduksi, hormon yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (reseptif) dalam proses implantasi embrio.

Setelah implantasi, endometrium disebut desidua . Desidua yang terdapat antara telur dan dinding Rahim disebut *desidua basalis*. Bagian yang menutup blastosis atau desidua yang terdapat antara telur dan cavum uteri ialah desidua kapsularis dan bagian yang melapisi sisa uterus adalah desidua vera (Saifuddin , 2010 : 259



Gambar 2.2
Nidasi

Sumber: Manuaba, 2010

4. PLASENTASI

Plasentasi yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya (Saifudin,dkk.2014:156).

D. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Menurut Suryati (2011:96), pertumbuhan hasil konsepsi dibedakan menjadi tiga tahap penting yaitu tingkat ovum (telur) umur 0–2 minggu, dimana hasil konsepsi belum berbentuk dalam pertumbuhan, embrio (mudigah) antara umur 3–8 minggu dan sudah terdapat rancangan berbentuk alat – alat tubuh dan janin (fetus) sudah berbentuk manusia dan berumur diatas 8 minggu .

1. Pertumbuhan Janin

a) Perkembangan awal embrio

Segera setelah fertilisasi, zigot yang dihasilkan mulai mengalami pembelahan sel mitosis, yang disebut pembelahan atau cleavage . Melalui serangkaian tahapan massa sel yang membelah disebut morula . Setelah mengalami reorganisasi sel dan cairan yang masuk kedalam sel, morula menjadi blastosit. Saat proses implantasi berakhir pada hari ke 10 atau ke 11 setelah fertilisasi, periode embrionik telah dimulai.

b) Perkembangan embrio lebih lanjut .

1) 14 hari pertama . Blastula diberi makan oleh sitoplasma. Pembuluh darah primitive untuk embrio mulai berkembang pada mesoderm .

2) Hari ke 14 – 28. Pembuluh darah embrio berhubungan dengan pembuluh darah pada villi korion plasenta primitif.

Sirkulasi embrio dengan demikian telah terbentuk dan darah dapat beredar .perkembangan yang terjadi pada janin. Perkembangan yang terjadi pada janin :

- (a) Kepala embrio dapat dibedakan dari badannya .
- (b) Tunas – tunas tungkai dan lengan sudah tampak
- (c) Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut.

3) Hari ke 28 – 42 . Panjang embrio kira – kira 12 mm pada akhir minggu ke enam .

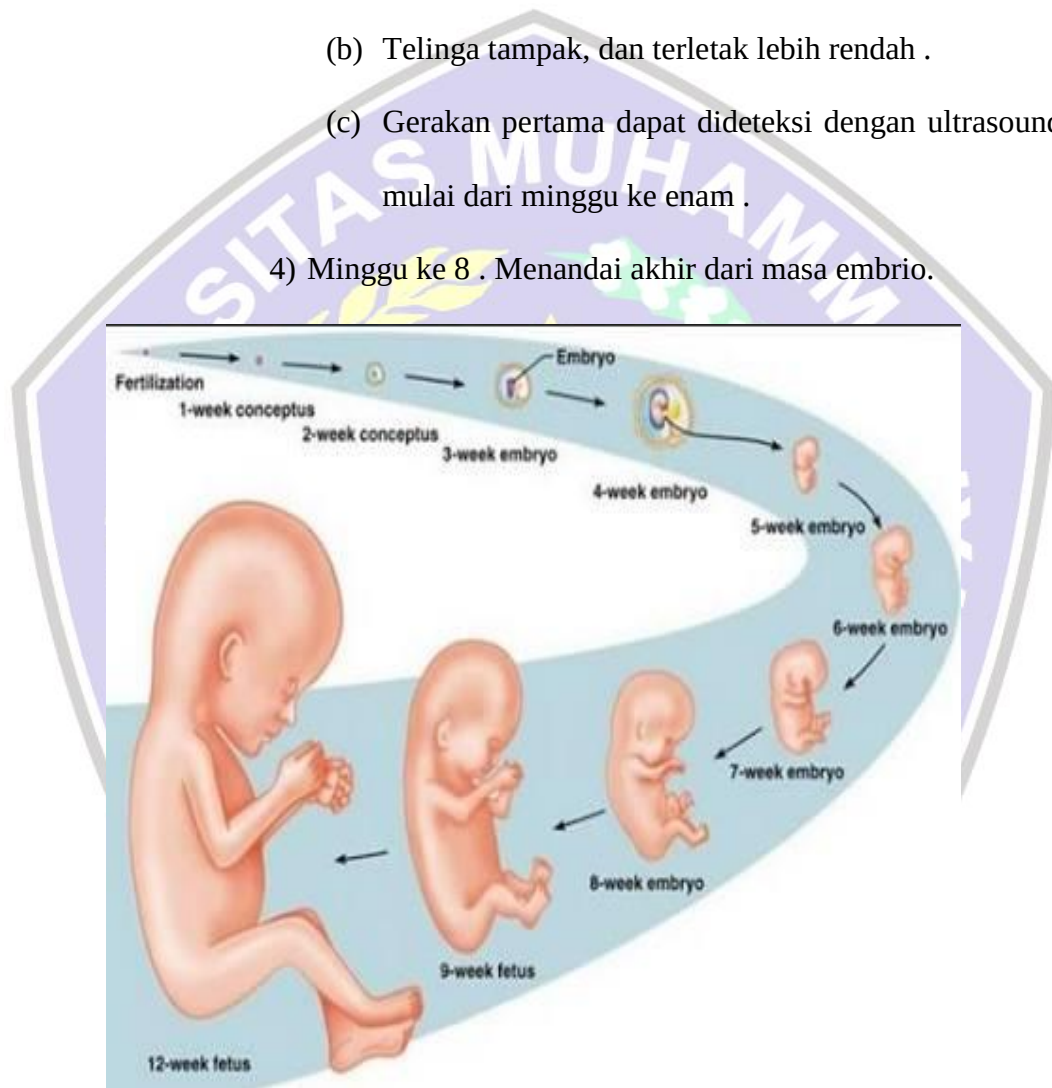
Perkembangan Janin :

(a) Dengan mulai memanjang dan tangan mendapatkan bentuknya ,

(b) Telinga tampak, dan terletak lebih rendah .

(c) Gerakan pertama dapat dideteksi dengan ultrasound mulai dari minggu ke enam .

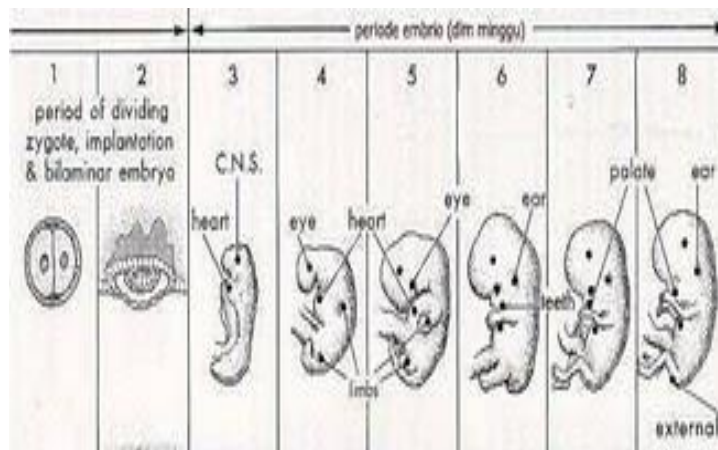
4) Minggu ke 8 . Menandai akhir dari masa embrio.



Gambar 2.3

Perkembangan janin usia 11 minggu sampai 28 minggu

Sumber : (Saifudin. 2011)



Gambar 2.4
Perkembangan janin usia 1-8 minggu
Sumber : (Varney et al, 2008)

2. Perkembangan Fetus

a) 4 minggu

Dari embrio, bagian tubuh pertama yang muncul adalah tulang belakang, otak dan saraf, jantung, sirkulasi darah, dan pencernaan muncul (Kuswanti, 2014). Embrio berukuran 5 mm dan kantong gestasi berukuran 2-3 cm (Saifuddin, 2014).

b) 6 minggu

Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh. Embrio berukuran 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relatif besar dan tonjolan jari (Saifuddin, 2014).

c) 8 minggu

Perkembangan embrio lebih cepat, jantung mulai memompa darah (Kuswanti, 2014). Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk (Saifuddin, 2014).

d) 9 minggu

Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin; kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu (Saifuddin, 2014).

e) 12 minggu

Perkembangan janin :

- 1) Panjang tubuh kira – kira 9 cm dan berat 14 gram
- 2) Sirkulasi fetal telah berfungsi secara penuh ,
- 3) Traktus renalis mulai berfungsi .
- 4) Terdapat refleks menghisap dan menelan
- 5) Ganetalia eksterna telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya.

f) 13 – 16 minggu

Janin berukuran 15 cm. ini merupakan awal dari trimester kedua. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekoneum (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150/menit (Saifuddin, 2014). Sistem muskuloskeletal matang, sistem saraf

terkontrol, pembuluh darah berkembang cepat, denyut jantung janin terdengar lewat doppler, pankreas memproduksi insulin (Kuswanti, 2014).

g) 17 – 24 minggu

Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari, seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai refleks (Saifuddin, 2014). Pada usia 20 minggu verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh, janin membuat jadwal untuk tidur, menelan dan menendang. Pada akhir minggu ke-20 berat janin sekarang telah lebih sedikit dari 300 gr dan berat mulai meningkat secara linier (Arma dkk, 2015). Pada usia 24 kerangka berkembang cepat, perkembangan pernapasan dimulai (Kuswanti, 2014).

h) Minggu ke 24 – 28

Saat ini disebut permulaan trimester ke 3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir (Saifuddin, 2014). Pada usia 28 minggu janin bernapas, menelan, dan mengatur suhu, surfactan mulai terbentuk di paru-paru, mata mulai membuka dan menutup, bentuk janin 2/3 bentuk saat lahir (Kuswanti, 2014). Pada akhir minggu ke-28, panjang ubun-ubun bokong adalah sekitar 25 cm dan

berat janin sekitar 1.100 gr. Kulit tipis, merah, dan ditutupi oleh verniks kaseosa (Arma dkk, 2015).

i) Minggu ke 29 – 32

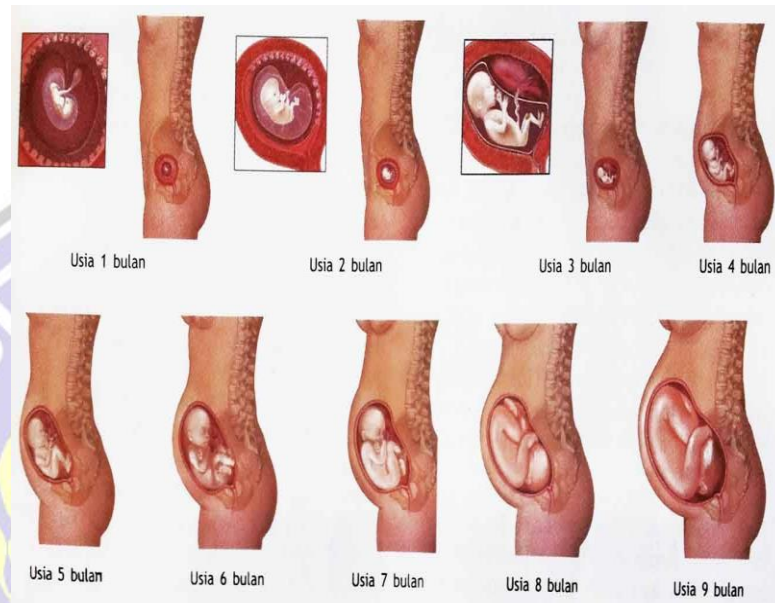
Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70 %). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah reguler, suhu relatif stabil (Saifuddin, 2014). Pada usia 32 minggu lemak coklat berkembang di bawah kulit, mulai simpan zat besi, kalsium, dan fosfor (Kuswanti, 2014). Pada akhir minggu ke-32 gestasi, janin memiliki panjang ubun-ubun bokong sekitar 28 cm dan berat sekitar 1.800 gr. Permukaan kulit masih merah dan berkeriput (Arma dkk, 2015).

j) Minggu ke 33 – 36

Berat janin 1.500- 2.500 gr. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan (Saifuddin, 2014). Pada usia 36 minggu seluruh uterus digunakan bayi sehingga tidak bisa bergerak banyak, antibodi ibu ditransfer bayi untuk mencapai kekebalan untuk 6 bulan pertama sampai kekebalan bayi bekerja sendiri (Kuswanti, 2014).

k) 37 – 40 minggu

Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Saifuddin, 2014).



Gambar 2.5
Tahap-Tahap Pertumbuhan janin Pada Masa Kehamilan
Sumber : Saifuddin, 2014.

3. Fungsi Amnion (Cairan Ketuban)

Cairan amnion / air ketuban berfungsi sebagai :

- a) Melindungi fetus terhadap trauma dari luar.
- b) Memungkinkan fetus bergerak dengan bebas.
- c) Memungkinkan anggota badan fetus berkembang dan bergerak tanpa saling menekan satu sama lain.

d) Menyeimbangkan tekanan intrauteri dan bekerja sebagai peredam goncangan.

e) Menstabilkan suhu intrauteri.

4. Sirkulasi Tali Pusat

Tali pusat terletak antara pusat janin dan permukaan fetal plasenta. Tali pusat diliputi amnion yang sangat erat melekat. Terdiri dari 2 arteri dan 1 vena. Diliputi oleh zat seperti agar – agar yang disebut slewharton yang mencegah kompresi pembuluh darah, sehingga pemberian makanan yang kontinyu untuk embrio janin dapat dijamin. Kompresi dapat terjadi jika terletak antara kepala janin dan pelvis atau terpelintir disekitar tubuh janin. Inseri tali pusat pada plasenta terdiri atas :

- a) Inserio sentralis
- b) Inserio para sentralis
- c) Inserio lateralis
- d) Inserio marginalis
- e) Inserio velamentosa

5. Sirkulasi Plasenta

Sirkulasi plasenta pada hari ke 17, saat jantung embrio mulai berdenyut. Pada minggu ke 3, darah embrio bersirkulasi diantara embrio dan villi korion.

Darah fenosa (tanpa oksigen) meninggalkan janin melalui arteri umbilikal dan masuk ke dalam plasenta. Darah arteri

masuk ke dalam janin melalui vena umbilikalis. Karena perbedaan tekanan yang tinggi antara tempat masuknya darah (60–70 mmHg) dengan tekanan villi (20 mmHg) maka darah sempat berputar-putar disekitar villi. Pada saat inilah pertukaran gas dan nutrient antara janin dan ibu terjadi. Selanjutnya darah maternal masuk kembali melalui vena dalam endometrium. Kecepatan aliran darah uteroplasenta naik selama kehamilan, dari kira – kira 50 ml/menit pada minggu ke 10 sampai 500 – 600 ml/ menit pada saat aterm.

6. Sirkulasi Darah Fetus

Darah yang sudah teroksigenasi meninggalkan plasenta melalui satu - satunya vena umbilikala, vena umbilikala berjalan dalam tali pusar ke umbilicus dan dari sana ada vena kecil yang berjalan ke porta hepatis. Hampir tidak ada darah yang masuk ke dalam hati sebab vena umbilika langsung bersambung dengan vena kava inferior melalui sebuah pembuluh besar, yang disebut duktus venosus, sebuah struktur yang hanya ada pada masa fetus.

Kemudian darah dalam aorta disebarkan ke visera dalam abdomen melalui cabang – cabang bawah aorta. Tetapi didalam fetus sebagian besar darah yang mencapai bifurkasi aorta, berjalan bukan ke visera pelvis dan anggota bawah. Di dalam plasenta ini terjadi pertukaran dengan darah ibu di sebarang

plasenta. Sesudah tali pusar dipotong dan diikat darah berhenti mengalir dalam arteri dan vena umbilika dan dalam saluran duktus venosus. Semua struktur mengerut dan diganti oleh benang dari jaringan fibrus.

E. Diagnosis Kehamilan

Dalam diagnosis kehamilan terdiri dari tanda tidak pasti kehamilan dan tanda pasti kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Tanda tidak pasti kehamilan (probable signs) / Tanda mungkin kehamilan .

Tanda – tanda mungkin kehamilan adalah sebagai berikut :

- a) Amenorhea, bila seorang wanita dalam masa mampu hamil, mengeluh terlambat haid, maka dipikiran dia bahwa dia hamil, meskipun keadaan stress obat- obatan , penyakit kronis dapat pula mengakibatkan terlambat haid .
- b) Mual dan muntah , merupakan salah satu tanda tidak pasti kehamilan , muncul seringkali kali pada pagi hari.
- c) Quickening , adalah persepsi gerakan janin pertama , biasanya disadari oleh wanita pada kehamilan 18-20 minggu .
- d) Perubahan berat badan , pada kehamilan 2-3 bulan sering terjadi penurunan berat badan , karena nafsu makan turun dan mual muntah .
- e) Perubahan warna kulit , perubahan ini disebut *chloasma* yakni warna kulit yang kehitam – hitaman yang biasanya muncul

pada kehamilan 16 minggu , muncul pada daerah aerola dan puting payudara .

- f) Perubahan pada uterus, uterus mengalami perubahan ukuran, bentuk dan konsistensi.

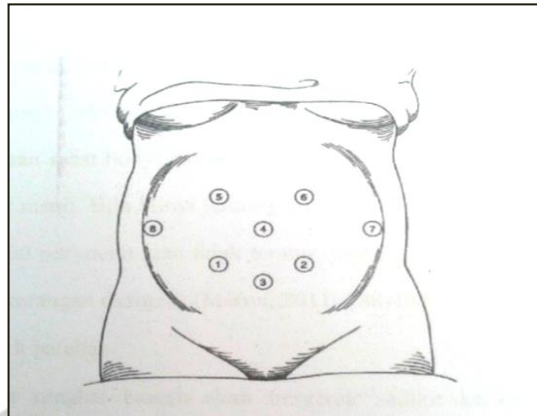
2. Perubahan pada serviks .

- a) Tanda Hegar , perlunakan pada daerah isthmus uteri sehingga daerah tersebut pada penekanan mempunyai kesan lebih tipis .muncul pada minggu ke 6 dan menjadi nyata pada minggu ke 7– 8 .
- b) Tanda goodell's , diketahui melalui pemeriksaan bimanual . serviks terasa lunak.
- c) Terjadi pembesaran abdomen , pembesaran terjadi pada minggu ke 16 , karena pada saat itu uterus elah keluar dari rongga pelvis dan menjadi organ rongga perut .
- d) Tanda chadwick , dinding vagina mengalami kongesti , warna kebiru- biruan .
- e) Kontraksi uterus, tanda ini muncul belakangan dan pasien mengeluh perutnya kencang, tetapi tidak disertai rasa sakit .

3. Tanda pasti kehamilan .

Tanda pasti kehamilan meliputi :

- a) Denyut jantung janin (DJJ) , dapat didengar dengan stetoskop laenec pada minggu ke 17 – 18 .Pada Doppler DJJ lebih awal lagi sekitar minggu ke 12 .



Gambar 2.6
Letak Punctum Maksimum Pada Posisi Normal

Sumber: Wheeler, 2008

Keterangan:

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

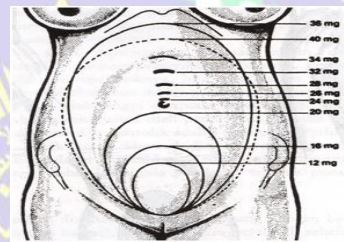
- b) Palpasi , yang harus ditentukan adalah outline janin .Biasanya menjadi jelas setelah minggu ke 22. Gerakan janin dapat dirasakan pada minggu ke 24. Gerakan janin di dalam rahim sudah dapat terlihat dengan menggunakan USG

Setelah terjadi pebuahan akibat bersatunya sel telur dan sel spermatozoa kemudian diikuti oleh beberapa proses pembelahan dan selanjutnya hasil konsepsi melakukan nidasi dan implantasi, maka selanjutnya hasil konsepsi mengalami pertumbuhan dan perkembangan. (Saifudin,dkk.2014:90)

F. Menentukan Usia Kehamilan

1. Tinggi Fundus Uteri

Menentukan usia kehamilan dengan Tinggi Fundus Uteri dilakukan dengan palpasi



Gambar 2.7

Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Usia Kehamilan

Sumber: Wiknjonsastro,2009

1. Sebelum minggu 11 fundus belum teraba dari luar
2. Minggu 12, 1-2 jari diatas symphysis
3. Minggu 16, pertengahan antara symphysis dan pusat
4. Minggu 20, tiga jari dibawah pusat
5. Minggu 24, setinggi pusat
6. Minggu 28, 3 jari diatas pusat
7. Minggu 32, pertengahan proc xymphoideus - pusat
8. Minggu 36, tiga jari dibawah proc.xymphoideus
9. Minggu 40, pertengahan proc xymphoideus – pusat

Tabel 2.1
Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (cm)
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5-30 cm di atas simfisis
32	29,5-30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber :Mochtar, Rustam, 2011

2. Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin merupakan pemantauan terhadap pertumbuhan janin apakah normal atau tidak. Untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum rumusnya :

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

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

(Jannah,2012:95)

3. Leopold

Teknik Pemeriksaan pada perut ibu untuk menentukan posisi dan letak janin. Palpasi leopold terdiri dari:

- a) Leopold I : bertujuan untuk mengetahui letak fundus uteri dan bagian apa yang terletak pada fundus tersebut.
- b) Leopold II : Untuk menentukan letak punggung dan bagian terkecil janin.
- c) Leopold III : Untuk menentukan presentasi janin sudah masuk pintu atas panggul apa belum.
- d) Leopold IV : Untuk menentukan sejauh mana kepala masuk dalam pintu atas panggul (Kusmiyati.2010:125).

G. Kebutuhan Dasar Pada Ibu Hamil .

1. Kebutuhan Oksigenasi

Kebutuhan oksigenasi wanita hamil meningkat kira –kira 20% sehingga untuk memenuhi kebutuhannya itu, wanita hamil selalu bernafas lebih dalam dan bagian bawahnya toraksnya juga melebar. Pada kehamilan 32 minggu atau lebih, usus – usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma sulit bergerak . Akibatnya, tidak jarang wanita hamil mengeluh sesak nafas dan pendek nafas.

2. Nutrisi

Masa kehamilan , kebutuhan zat zat meningkat. Hal ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang janin, pemeliharaan kesehatan ibu , dan persediaan laktasi baik untuk ibu maupun janin .

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

Peningkatan kebutuhan gizi selama kehamilan dipergunakan antara lain untuk pertumbuhan plasenta, penambahan volume darah , mammae yang membesar , dan metabolisme basal yang meningkat (Manuaba dkk, 2008:155).

Kebutuhan dasar pada ibu hamil secara garis besar antara lain sebagai berikut :

a) Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu penting untuk ibu hamil sebagai pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin dll).

Bagi wanita hamil, konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kgBB/hari tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan

protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju dan ikan karena mengandung komposisi asam amino yang lengkap (Yeni, 2013:105).

b) Kalori (energi)

Seorang wanita selama kehamilan memiliki kebutuhan energi yang meningkat. Energi ini digunakan untuk pertumbuhan janin, pertumbuhan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru. Selain itu kalori juga dibutuhkan sebagai tenaga untuk proses metabolisme jaringan baru.

Tubuh ibu hamil memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut berarti setiap harinya ibu hamil membutuhkan sekitar 300 kalori tambahan (Gusti Ayu, 2016:15).

c) Asam folat

Asam folat merupakan vitamin B yang memegang peranan penting untuk perkembangan embrio. Asam folat diperlukan oleh tubuh untuk membentuk tetradin yang menjadi komponen DNA. Selain itu, asam folat juga dapat meningkatkan eritopoiesis (produksi sel darah merah). Kekurangan asam folat juga dapat menyebabkan kelahiran tidak cukup bulan (premature), bayi berat lahir rendah (BBLR) dan pertumbuhan janin yang tidak optimal. Konsumsi asam folat 400 µg

disarankan untuk ibu hamil, asam folat juga dapat didapatkan dari suplementasi asam folat, sayuran berwarna hijau, jus jeruk, buncis, kacang-kacangan, dan roti gandum (Gusti Ayu, 2016:16).

d) Zat besi

Anemia sebagian besar disebabkan oleh defisiensi zat besi, oleh karena itu perlu ditekankan kepada ibu hamil untuk mengonsumsi zat besi selama hamil dan setelah melahirkan. Kebutuhan zat besi selama kehamilan meningkat sebesar 300% atau 1.040 mg selama hamil dan peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu hamil selama hamil melainkan juga harus ditunjang dengan suplemen zat besi.

Pemantauan konsumsi zat besi juga diikuti dengan pemantauan cara minum yang benar karena hal ini dapat mempengaruhi efektivitas penyerapan zat besi. Vitamin C dan protein hewani merupakan elemen yang sangat membantu dalam penyerapan zat besi, sedangkan kopi, teh, garam kalsium, magnesium dan fitat (terkandung kacang-kacangan) akan menghambat penyerapan zat besi (Ari, 2012:108).

e) Kalsium

Metabolisme kalsium selama kehamilan mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar kalsium dalam darah ibu hamil turun sebanyak 5%. Oleh karena itu asupan yang

optimal perlu dipertimbangkan. Sumber utama kalsium adalah susu, udang, sarang burung, sarden dalam kaleng, dan beberapa makan nabati, seperti sayuran warna hijau tua dan lain-lain (Ari, 2012:109).

Tabel 2.2
Kecukupan gizi ibu hamil

Zat gizi	Kebutuhan penambahan untuk ibu hamil	Contoh jenis makanan
Energy	285 kkal	Nasi, roti, ubi, jagung, kentang, tepung dll.
Protein	12 gram	Daging, ikan, telur, ayam, tahu, tempe.
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati, sayuran dan buah hijau dan kuning kemerahan
Kalsium	500 mg	Susu, ikan teri, sayuran hijau dan kacang-kacangan.
Vitamin B1	0,2 mg	Biji-bijian, padi-padian, kacang-kacangan, daging.
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran, kacang
Nitaskan	1 mg	Hati, daging, ikan, biji-bijian, kacang-kacangan.
Zat besi	10 mg	Sayuran, buah-buahan
Vitamin C	30 mg	Daging. Hati, sayuran hijau, bayam, kangkung, daun katuk.

Sumber : (Kusmiyati Yuni dan Heni Puji, 2013:87).

3. Personal Hygiene

a) Mandi

Diperlukan untuk kebersihan kulit terutama pada ibu hamil fungsi ekskresi kulit bertambah.

b) Perawatan gigi

Pemeriksaan gigi minimal dilakukan satu kali dalam kehamilan . Pada ibu hamil gusi ibu menjadi lebih sensitif dan mudah berdarah karena dipengaruhi hormone kehamilan yang menyebabkan hypnoterapi .

c) Payudara

Puting harus dibersihkan untuk persiapan menyusui serta melakukan perawatan payudara untuk memperlancar ASI.

d) Perawatan Rambut

Rambut harus bersih , rutin keramas 2-3 kali seminggu

e) Perawatan Vagina / vulva

Ganti celana dalam minimal 2 kali sehari, sesudah BAB / BAK bersihkan dengan lap khusus atau handuk bersih.

f) Perawatan kuku

Kuku harus sering dipotong dan dibersihkan.

g) Pakaian

Selama hamil pakai pakaian yang longgar tidak ketat serta bersih .

h) Eliminasi

Harus makan dan minum yang teratur dan cukup agar tidak mengalami kesulitan saat eliminasi .

i) Seksual

(1) Trimester 1, Tidak ada kontraindikasi pada masa kehamilan kecuali ada riwayat abortus berulang, persalinan premature, perdarahan pervaginam.

(2) Trimester 2, gairah seks meningkat. Tidak ada kontraindikasi untuk melakukan hubungan seks namun disarankan untuk modifikasi posisi untuk tidak melakukan penetrasi terlalu dalam .

(3) Trimester 3 , secara psikologis TM III wanita merasa takut bayinya lahir sewaktu – waktu , susah tidur , minta perhatian lebih . Biasanya gairah sex akan dipengaruhi oleh ketidaknyamanan dan *body image* . Dalam melakukan hubungan seks harus hati hati dan lembut .

j) Mobilisasi / Bodi Mekanik

Wanita hamil di anjurkan mempunyai kebugaran jantung , wanita yang secara fisik bugar lebih dapat melakukan persalinan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat.

Secara anatomi, *ligamen* sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/pembesaran Rahim pada ruang *abdomen*. Nyeri pada *ligamen* terjadi karena pelebaran dan tekanan pada *ligamen*

karena adanya pembesaran rahim. Nyeri pada *ligamen* merupakan suatu ketidaknyamanan pada ibu hamil (Kusmiyanti, ,2013-108).

k) Istirahat / tidur .

Wanita hamil mempunyai masalah dengan posisi tidur dan juga kecemasan saat tidur akan kelahiran bayinya pada akhir kehamilan oleh karena itu, posisikan tidur menyamping agar nyaman (Sulistyawati, 2011:11).

l) Persiapan laktasi

Persiapan menyusui pada masa kehamilan merupakan hal yang penting karena dengan persiapan dini ibu akan lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya. Caranya dilakukan *braishcare* atau perawatan payudara secara teratur, serta makan makanan yang bergizi untuk memperlancar ASI (Kusmiyanti, ,2013:109).

m) Persiapan persalinan dan kelahiran bayi.

Rencana dan persiapan harus dilakukan pada ibu pada masa akhir kehamilan karena kelahiran bayi sewaktu waktu. Rencana ini lebih hanya sekedar diskusi untuk memastikan bahwa ibu dapat menerima asuhan yang diperlukan (Nugraheny,2010:41).

n) Immunisasi

Immunisasi terpenting pada ibu hamil adalah imunisasi Tetanus Toksoid (TT). Untuk mencegah tetanus pada alat persalinan saat ibu bersalin (Kusmiyanti, ,2013:109). Sesuai jadwal pemberian imunasasi TT adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3
Jadwal Pemberian Immunisasi TT

Imunisasi TT	Selang waktu imunisasi TT	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	25 tahun

Sumber: (KEPMENKES RI.2014)

H. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan

1. Berat Badan

- a) Peningkatan berat badan sekitar 25% dari sebelum hamil (rata – rata 12,5 kg).
- b) Pada trimester II dan III sebanyak 0,5 kg/minggu .
- c) Pengaruh dari pertumbuhan janin , pembesaran organ maternal , penyimpanan lemak dan protein , serta peningkatan volume darah dan cairan interstisial pada maternal (Marmi,2011:70).

2. Sistem Reproduksi

a) Uterus

- 1) Berat naik 20 sampai 50 gram .
- 2) Pembesaran uterus karena pengaruh estrogen adalah hiperplasia dan hipertrofi jaringan otot uterus .
- 3) Kontraksi Braxton hicks terjadi pada minggu ke 6 dengan teregangnya uterus karena pengaruh estrogen dan progesteron.

b) Serviks

- 1) Serviks terdapat tanda – tanda chadwick , goodell
- 2) Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi dan pelunakan (tanda hegar).
- 3) Lendir serviks meningkat seperti gejala keputihan .

c) Ovarium

Fungsi ovarium diambil alih oleh plasenta terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen pada usia kehamilan 16 minggu . Tidak terjadi kematangan ovum selama kehamilan .

d) Payudara .

- 1) Payudara menjadi lebih besar , kenyal , dan terasa tegang .
- 2) Aerola mengalami hiperpigmentasi .
- 3) Papila mammae makin membesar / menonjol .
- 4) Pengeluaran asi belum berlangsung karena prolaktin belum berfungsi .

e) Vulva

Mengalami hipervaskularisasi karena pengaruh progesteron dan estrogen, berwarna kebiruan .

f) Sistem Muskuloskeletal .

1) Pembesaran payudara dan rotasi anterior panggul memungkinkan untuk terjadinya lordosis

2) Ibu sering mengalami nyeri di bagian punggung dan pinggang karena mempertahankan posisi stabil, beban meningkat pada otot punggung dan columna vertebrata .

g) Adaptasi mukuloskeletal

1) Pengaruh hormonal terdiri dari relaksasi persendian karena pengaruh hormon relaksin , mobilitas dan pliabilitas (pelunakan) meningkat pada sendi sakroiliaka dan sakrokoksigeal dan pelvis untuk persiapan persalinan

2) Pengaruh mekanik yaitu peningkatan berat badan karena pembesaran uterus serta perubahan postur tubuh .

h) Sistem Integumen

Selama kehamilan terjadi perubahan – perubahan pada sistem organ ibu dikarenakan pengaruh hormon . Perubahan pada sistem integumen selama hamil disebabkan oleh perubahan keseimbangan hormon dan peregangan mekanis yang ditandai dengan beberapa kondisi berikut :

- 1) Peningkatan aktivitas melanophore stimulating hormone mengakibatkan hiperpigmentasi wajah (cloasma gravidarum), payudara, linea alba, dan striae gravidarum. Ada 2 jenis striae gravidarum yaitu striae livide pada primi berwarna putih kebiruan dan striae albican pada multi berwarna putih agak kehitaman.
- 2) Perubahan umum lainnya yang timbul adalah peningkatan ketebalan kulit dan lemak subdermal, hiperpigmentasi, pertumbuhan rambut dan kuku, percepatan aktivitas kelenjar keringat dan sebacea, serta peningkatan sirkulasi dan aktivitas vasomotor (Sulistyawati,2012:65).

i) Sistem Respirasi

Kebutuhan oksigen meningkat 15–20% , diafragma terdorong ke atas, hiperventilasi, pernapasan dangkal (20–24x/menit) mengakibatkan penurunan compliansi dada, volume residu, dan kapasitas paru serta terjadi peningkatan volume tidal. Oleh karena itu sistem respirasi selama kehamilan dapat mengakibatkan peningkatan inspirasi dan ekspirasi dalam pernapasan , yang secara langsung juga memengaruhi suplai oksigen dan karbondioksida pada janin .

Ibu hamil bernapas lebih dalam (meningkatkan volume tidal), tetapi frekuensi napasnya kira – kira dua kali lebih cepat bernapas dalam 1 menit. Peningkatan volume tidal

menyebabkan peningkatan volume napas selama 1 menit sekitar 26%. Peningkatan volume napas 1 menit disebut hiperventilasi kehamilan yang menyebabkan konsentrasi CO₂ di alveoli menurun. Peningkatan kadar progesterone menyebabkan hiperventilasi kehamilan. Kesadaran ibu hamil akan kebutuhan napas meningkat, namun beberapa ibu mengeluh mengalami dyspnea saat istirahat akibat penekanan diafragma .

j) Sistem Gastrointestinal

Selama masa hamil , nafsu makan meningkat, sekresi usus berkurang, fungsi hati berubah, dan absorpsi nutrisi meningkat. Aktivitas peristaltik menurun, akibatnya bising usus menghilang, sehingga menyebabkan mual muntah, konstipasi. Aliran darah ke panggul dan tekanan vena meningkat, sehingga menyebabkan hemorroid pada akhir kehamilan.

k) Sistem Kardiovaskuler

Hipertrofi atau dilatasi ringan jantung mungkin disebabkan oleh peningkatan volume darah dan curah jantung. Oleh karena diafragma terdorong keatas, jantung terangkat ke atas lalu berotasi ke depan dan ke kiri . Peningkatan ini juga menimbulkan perubahan hasil auskultasi yang umum terjadi selama masa hamil.

Perubahan pada auskultasi mengiringi perubahan ukuran dan posisi jantung (Hutahaean , 2013:55).

1) Sistem Perkemihan

Bulan – bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Selain itu ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate and renal plasma flow* juga akan meningkat. Pada ekskresi akan dijumpai kadar amino dan vitamin yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak (Prawirohardjo,2008:135)

I. Perubahan, Ketidaknyamanan , dan Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

1. Trimester pertama

Segera setelah terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh, maka akan muncul berbagai macam ketidaknyamanansecara fisiologis pada ibu misalnya mual muntah , keletihan , dan pembesaran pada payudara. Hal ini kam memicu perubahn psikologi seperti berikut ini.

- a) Ibu untuk membenci kehamilannya , merasakan kekecewaan , penolakan , kecemasan , dan kesedihan .
- b) Hasrat melakukan seks berbeda – beda pada setiap wanita . Ada yang meningkat libidonya, tetapi ada juga yang mengalami penurunan. Pada wanita yang mengalami

penurunan. Pada wanita yang mengalami penurunan libido, akan menciptakan suatu kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami .

- c) Sedangkan bagi suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggaan , tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga .

2. Trimester Kedua

Ibu sudah merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Ibu sudah mulai bisa menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energy dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini ibu dapat meredakan gerakan janin dan iabua mulai merasakan kehadiran bayianya sebagai seseorang di luar dirinya sendiri.

3. Trimester Ketiga

Trimester ketiga biasanya disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya . Ibu merasa khawatir bahwa bayinya lahir sewaktu – waktu . Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek . Pda trimester ini ibu memerlukan ketenangan dan dukungan dari suami , keluarga dan bidan (Hani.2010:75).

J. Masalah Pada Kehamilan Trimester III

a. Sakit punggung Atas dan Bawah

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

b. Peningkatan Frekuensi berkemih

Peningkatan Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. 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 (Manuaba, 2010).

c. 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. Selain itu diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

d. Edema Dependen , Terjadi karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas 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.

e. Nyeri ulu hati

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

Penyebab :

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

f. Kram tungkai

Terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bawah

g. 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 (Romauli, 2011).

h. Kesemutan dan baal pada jari Perubahan pusat gravitasi menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh kebelakang sehingga menyebabkan penekanan pada saraf median dan aliran lengan yang akan menyebabkan kesemutan dan baal pada jari-jari.

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

K. Tanda Bahaya pada Kehamilan Trimester III

1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan (Pantiawati, 2010: 79). Pada kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri.

2. Bayi kurang bergerak

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6 beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.

Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakkan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau istirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik

3. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

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

4. Penglihatan kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklamsi.

5. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia (Sulistyawati, 2009).

6. Nyeri perut yang hebat

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

7. Keluar cairan per-vaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan berwarna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan

preterm(<37minggu)dan komplikasi infeksi intrapartum (Sulistyawati, 2009:88).

L. Pelayanan Antenatal Care Pada Era Pandemi Covid-19

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

- a. Untuk pemeriksaan ibu hamil pertama kali, buat janji dengan dokter agar tidak menunggu lama selama perjalanan ke fasilitas pelayanan kesehatan tetap melakukan pencegahan penularan *Covid-19* secara umum.
- b. Pengisian stiker program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.
- c. Pelajari buku KIA dan terapkan dalam kehidupan sehari-hari
- d. Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat resiko/tanda bahaya maka periksakan diri ke tenaga kesehatan. Jika tidak terdapat tanda-tanda bahaya, pemeriksaan kehamilan dapat ditunda.

- e. Pastikan gerak janin diawali usia kehamilan 20 minggu da setelah usia kehamilan 28 minggu hitung gerak janin minimal 10 gerakan per 2 jam.
- f. Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap mempraktikan aktifitas fisik berupa senam ibu hamil/yoga /pilates/aerobic/peregangan secara mandiri dirumah agar ibu tetap bugar dan sehat.
- g. Ibu hamil tetap minum tablet tambah darah sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan
- h. Kelas ibu hamil ditunda pelaksanaanya sampai kondisi bebas dari pandemic *Covid-19*
- i. Tenaga kesehatan tetap melakukan pencegahan *Covid-19*, jaga jarak minimal 1 meter jika tidak diperlukan tindakan
- j. Tenaga kesehatan harus segera memberi tahu tenaga penanggung jawab infeksi ditempatnya bekerja , apabila kedatangan ibu hamil yang telah terkonfirmasi *Covid-19* atau pasien dalam pengawasan.
- k. Tempatkan pasien yang telah terkonfirmasi *Covid-19* atau pasien dalam pengawasan dalam ruang khusus yang sudah disiapkan sebelumnya, apabila rumah sakit

tersebut sudah siap sebagai pusat rujukan pasien *Covid-19*. Jika ruangan ini tidak ada, pasien ini harus segera mungkin dirujuk ketempat yang ada fasilitas ruangan khusus tersebut. Perawatan maternal dilakukan di ruang isolasi khusus ini termasuk saat persalinan dan nifas.

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

akut berakhir. Periode 14 hari ini dapat dikurangi apabila pasien dinyatakan sembuh. Direkomendasikan dilakukan USG antenatal untuk pengawasan pertumbuhan janin, 14 hari setelah resolusi penyakit akut. Meskipun tidak ada bukti bahwa gangguan pertumbuhan janin akibat *Covid-19* didapatkan bahwa 2/3 kehamilan dengan SARS disertai oleh IUGR dan solusio plasenta terjadi pada kasus MERS sehingga tindak lanjut ultra sonografi diperlukan.

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

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

M. Asuhan Antenatal

1. Pengertian Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014:213).

2. Tujuan Asuhan Kehamilan

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

- f) Mempersiapkan peranan ibu dan keluarga dalam menerimakelahiran bagi bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Saifuddin, 2009:89-98).

3. Kunjungan ANC

Menurut (Dianty, 2017:43) kunjungan ANC dilakkan minimal 4 kali yaitu :

a) Trimester I (Sebelum 14 minggu)

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

b) Trimester II (4 – 28 minggu)

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

c) Trimester III (28 – 36 minggu)

Sama dengan trimester II namun ditambah dengan deteksi kehamilan ganda

d) Trimester IV (36 – 40 minggu)

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

4. Standar 10T Pelayanan Antenatal Care

a) Timbang berat badan ukur berat badan

Penimbangan berat badan pada saat kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin, sedangkan pengukuran berat badan pada pertama kunjungan dilakukan untuk menepis adanya faktor resiko pada ibu hamil.

a) Ukur tekanan darah

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

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

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

c) Ukur tinggi fundus uteri

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

tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

d) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan dilanjutkan setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksud untuk mengetahui letak janin. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin.

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

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

f) Berikan tablet tambah darah (tablet FE)

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

g) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, protein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemis (malaria, IMS, HIV/AIDS dll).

Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal yang meliputi :

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

h) Tatalaksana /penanganan kasus

i) Temu wicara (konseling)

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

- (a) Kesehatan ibu
- (b) Perilaku hidup sehat dan bersih
- (c) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- (d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- (e) Asupan gizi seimbang
(Visi, dkk.2018:4-6).
- (f) Gejala penyakit menular dan tidak menular
- (g) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah Epidemic meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.
- (h) Inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif
- (i) KB pasca persalinan
- (j) Imunisasi
- (k) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan
(*Brainbooster*). (Kemenkes, 2015:13-14)

N. Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR)

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 14 kombinasi antara *checklist* dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional.

Fungsi dari KSPR adalah:

1. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
3. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.
5. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
6. Audit Maternal Perinatal (AMP)

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:

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (Kuning)
- a. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (Merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR.

1) 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

2) 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

3) Kelompok Faktor Risiko III

1. Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa

2. Preeklampsia berat/eklampsia

2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

A. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan (inpartu) dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya bayi (Ilah, 2010:56).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney, 2008:235).

B. Perubahan Fisiologi Pada Persalinan

1. Metabolisme

Selama proses persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob, meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini disebabkan oleh ansietas dan aktifitas otot rangka peningkatan aktifitas metabolik dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, curah jantung, dan cairan yang hilang. (Varney et al, 2008:686)

2. Tekanan darah

Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney, 2008:686)

3. Suhu

Selama persalinan suhu tubuh meningkat, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5-1^{\circ}\text{C}$, mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Varney et al, 2008:687).

4. Denyut Nadi (Frekuensi Jantung)

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi diantara kontraksi, dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Varney, 2008:268).

5. Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal yang dapat menyebabkan alkalosis (Varney et al, 2008:688).

6. Perubahan Pada Saluran Pencernaan

Motilitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama.. Makanan yang di ingest selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan (Varney, 2008:688).

7. Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg per 100 mL selama proses persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika ada yang kehilangan darah yang abnormal (Varney et al, 2008:688).

8. Perubahan pada ginjal

Selama persalinan sering terjadi poliuria. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan yang lebih lanjut curah jantung selama

persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliurea menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan (Varney et al, 2008:687).

C. Macam Macam Persalinan

1. Berdasarkan caranya persalinann dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

a) Persalinan Normal

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

b) Persalinan Abnormal

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

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

a) Persalinan Spontan : bila persalinan berlangsung dengan dibantu kekuatan ibu sendiri atau melalui jalan lahir ibu tersebut.

b) Persalinan buatan : bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya esktraksi forceps atau dilakukan operasi Section Caesar.

- c) Persalinan Anjuran : persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban karena pemberian prostaglandin (Mutmainnah. 2017:89).

D. Teori – Teori Penyebab Persalinan

Menurut Mika (2016:96) adalah sebagai berikut:

1. Teori penurunan kadar hormone progesteron.

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesterone yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin .

2. Teori rangsangan estrogen .

Estrogen menyebabkan irritability myometrium , estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada desidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus .

3. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi Braxton Hicks .

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormone yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.

4. Teori Kerenggang

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot otot Rahim , sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter .

5. Teori fetal membran

Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya esterified yang menghasilkan arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang mengakibatkan kontraksi myometrium .

6. Teori placenta sudah tua

Pada umur kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada plasenta menurun segra terjadi degenerasi trofoblas maka akan terjadi penurunan produksi hormone .

7. Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan segmen atas Rahim dan segmen bawah Rahim bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi .

E. Tahapan – tahapan persalinan

1. Kala 1

Kala I persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap. Dilatasi lengkap dapat berlangsung kurang dari satu jam pada sebagian kehamilan multipara. Pada kehamilan pertama, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 24 jam. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-

kira 7 jam . Ibu akan dipertahankan kekuatan moral dan emosinya karena persalinan masih jauh sehingga ibu dapat mengumpulkan kekuatan (Manuaba, 2006).

Kala 1 disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0- 10 . Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibedakan menjadi dua fase :

a) Fase Laten

Berlangsung 8 jam , pembukaan terjadi sangat lambat sampai dengan pembukaan mencapai ukuran diameter 3 cm .

Pada fase laten ibu dipantau dengan menggunakan lembar Obseravasi. Dalam lembar obervasi yang perlu dipantau adalah:

- 1) Memantau lamanya frekuensi dan kekuatan His.
- 2) Pemeriksaan dalam untuk mengetahui pembukaan serviks, penurunan bagian terendah, dan molase setiap 4 jam.
- 3) Memantau keadaan ibu yaitu pemeriksaan TTV tekanan darah setiap 4 jam, suhu dan nadi setiap 30 menit
- 4) Memantau Denyut Jantung Janin (DJJ).

b) Fase Aktif

- 1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3cm menjadi 4 cm .

- 2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat ,
dari 4 cm – 9 cm.

3) Fase deselerasi

Dari pembukaan 9 cm samapi 10 cm. Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm /jam .

Vaginal Touche

Pada saat melakukan VT (***vaginal touche***) yang diperiksa :

- Adanya tumor / oedem pada vagina
- Cerviks / portio : konsistensi, effacement, pembukaan, posisi uteri
- Masuk ke dalam portio, raba presentasi terbawah, selaput ketuban, presentasi janin, denominator, bagian terendah janin, bidang hodge.

Tabel : 2.4
Diagnosis kala dan fase persalinan

Gejala dan tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalihan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm 1. Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih perjam 2. Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (< 10 cm) 1. Penurunan kepala berlanjut 2. Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) 1. Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul 2. Ibu meneran	II	Akhir (ekspulsif)

Sumber : (Saifuddin, 2010: N-7)

2. Kala 2 (pengeluaran bayi)

- a) Kala 2 adalah kala pengeluaran bayi , dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir
- b) Uterus dengan kekuatan his nya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir
- c) Lama proses ini berlangsung selama 1 setengah - 2 jam pada primigravida dan 30 menit – 1 jam pada multigravida

d) Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5- 6 cm (Saifuddin.2010: 310)

e) Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) amati tanda gejala kala II menurut Pelatihan Asuhan Persalinan Normal,2015)

1) Mengenali tanda gejala dan gejala kala II

R/ Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

- (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- (c) Perineum menonjol
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

- (a) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk persiapan jika bayi mengalami

asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersiah dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

3) Menggelar kain diatas perut pasien dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

4) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan spuit sekali pakai didalam set partus

R/ Perlengkapan dan bahan-bahan tersedia dan berfungsi dengan baik termasuk perlengkapan untuk menolong persalinan, menjahit laserasi atau luka episiotomi dan resusitasi bayi baru lahir.

5) Pakai celemek plastik.

R/ Pelindung diri merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit.

6) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Mencegah mikroorganisme berpindah dari satu individu ke individu lainnya (ibu, bayi baru lahir dan para penolong persalinan).

- 7) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/ Melindungi petugas dari percikan yang dapat mengkontaminasi dan menyebarkan penyakit.

- 8) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

R/ Memudahkan saat menolong persalinan.

- 9) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

(a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

(b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah 9).

R/ Upaya pencegahan infeksi.

10) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

R/ Tanda pasti pembukaan lengkap adalah pembukaan serviks yang lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

11) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

12) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit.

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

(b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.

R/ Memantau keadaan janin.

13) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

(a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

14) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/ Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

15) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

(a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.

(b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

(c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).

(d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

(e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

(f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

(h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit untuk bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.

16) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/ Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik.

- 17) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

R/ Handuk bersih digunakan untuk mengeringkan bayi.

- 18) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

R/ Untuk mengeringkan bayi saat lahir.

- 19) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

R/Untuk memastikan kelengkapan alat sehingga memudahkan penolong dalam membantu proses persalinan

- 20) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

- 21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R/ Mencegah rupture perineum

22) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika haln itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

R/ Tali pusat terkemuka (diketahui saat ketuban masih utuh) dan tali pusat menumbung (ketuban sudah pecah sama bahayanya dan mengancam kehidupan janin). Keadaan ini memerlukan penanganan segera.

23) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

R/ Tidak adanya putaran paksi luar dapat mengindikasikan adanya distosia bahu.

24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/Tarikan yang berlebihan pada kepala dapat mengakibatkan trauma pada pleksus brakhialis.

25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

R/ Tangan bawah (posterior) digunakan untuk menyangga/ menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior.

27) Lakukan penilaian (selintas).

(a) Apakah bayi menangis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

R/ Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megam-gap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

28) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.

Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering.
Biarkan bayi diatas perut ibu.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi pada bayi.

29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

R/ Memastikan tidak ada janin yang kedua (kehamilan gemelli).

30) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ Wujud asuhan sayang ibu.

31) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.

Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

32) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat

ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

33) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

(c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

R/ Penjepitan tali pusat sedini mungkin akan mempercepat proses perubahan sirkulasi darah pada bayi baru lahir.

34) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi dikepala bayi.

(b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit kekulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.

(d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

R/ Wujud asuhan sayang ibu dan upaya untuk meningkatkan *bonding attachment* antara bayi dan ibu.

3. Kala III (pelepasan plasenta)

- a) Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta
- b) Berlangsung setelah kala II yang tidak lebih dari 30 menit. kontraksi uterus berhenti sekitar 5- 15 menit .
- c) Tanda – tanda lepasnya plasenta :
 - 1) Uterus berbentuk bundar
 - 1) Tali pusat memanjang
 - 2) Keluar darah secara tiba tiba
 - 3) Terjadi kontraksi

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

a) Metode schulze

Pelepasan plasenta mulai dari pertengahan, sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah. Metode yang lebih umum

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

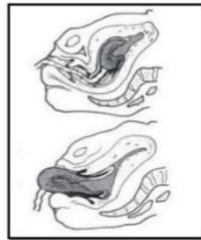
b) Metode Matthews Duncan

Pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti pelepasan plasentanya. Pada metode Matthews Duncan ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal lebih besar karena selaput ketuban tersebut tidak terkelupas semua selengkap metode 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

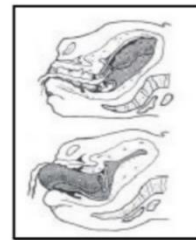
(Marmi,2016:257)

Mekanisme pelepasan plasenta

Schultze



Duncan



Gambar 2.8

Mekanisme pelepasan plasenta

Sumber: Rina, 2013. Mekanisme pelepasan plasenta

4. Kala IV (observasi) .

Hal penting yang harus diperhatikan pada kala IV persalinan:

- a) Kontraksi uterus baik .
- b) Tidak ada perdarahan pervaginam atau alat genital lain
- c) Plasenta dan selaput ketuban harus sudah lahir lengkap.
- d) Kandung kemih kosong

(Damayanti , Dkk .2012:86)

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV.

- a) Tingkat kesadaran
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: Tekanan Darah, nadi, dan pernafasan
- c) Kontraksi uterus
- d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc.

(Rohani, dkk. 2011:114)

F. Lembar Observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada dua tanda berikut ini :

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

2. Perubahan servik berupa pendataran dan atau dilatasi servik
Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase:

a) Persalinan Kala I Fase Laten

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

b) Persalinan Kala I Fase Aktif

- 1) Fase ini dimulai saat dilatasi servik mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi servik lengkap.
- 2) Selama fase aktif , dilatasi servik berlangsung semakin progresif.
- 3) Kecepatan dilatasi servik + 1 cm per jam. Pada multipara dilatasi servik rata-rata selama fase aktif kira-kira 1.5 cm

per jam dan pada nupara kira-kira 1 cm per jam. Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi serviks yang diambil adalah 1 cm per jam.

3. Penatalaksanaan Awal Persalinan Kala I Fase Laten:

- a) Bila pasien MKB pada awal persalinan dan pada pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal maka yang harus dilakukan adalah observasi rutin. Pemeriksaan ulang dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila pasien mengeluhkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan minum seperti biasa dan disarankan untuk berjalan-jalan. Parturien mungkin masih belum perlu masuk kamar persalinan.
- b) Fase laten tidak boleh melebihi waktu 8 jam, dengan demikian maka diagnosa saat awal inpartu harus dipertimbangkan secara hati-hati untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebihan dan tidak perlu.

G. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Power (kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu .

2. Passage (Jalan lahir)

Faktor passage atau biasa disebut dengan jalan lahir diklasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu jalan lahir lunak (terdiri serviks , vagina , otot Rahim) dan jalan lahir keras (panggul)

a) Jalan Lahir Dibagi Atas:

- (1) Bagian keras: tulang-tulang panggul.
- (2) Bagian lunak: uterus, otot dasar panggul, dan perineum.

b) Bidang-bidang Panggul

Bidang Hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau *vaginal toucher* (VT). Bidang Hodge terbagi empat antara lain sebagai berikut:

- (1) Bidang Hodge I: bidang setinggi pita atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro-iliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. pubis, tepi atas simfisis pubis.
- (2) Bidang Hodge II: bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- (3) Bidang Hodge III: bidang setinggi spina ischiadica berhimpit dengan PAP (Hodge I).
- (4) Bidang Hodge IV: bidang setinggi ujung koksigis berhimpit dengan PAP (Hodge I)

c) Jenis Panggul

- (1) Ginekoid, merupakan bentuk paling ideal. Berbentuk bulat, terdapat pada sekitar 45% wanita (tipe wanita klasik).

- (2) Android, merupakan jenis panggul pria, berbentuk segitiga, terdapat pada sekitar 15% wanita.
- (3) Antropoid, berbentuk agak lonjong seperti telur,, terdapat pada sekitar 35% wanita (mirip panggul kera).
- (4) Platipeloid, picak, menyempit pada arah muka belakang (panggul pipih) (Rohani,2013).

3. Passenger

- a) Janin merupakan passenger utama dan dapat mempengaruhi jalannya persalinan karena posisinya .
- b) Plasenta merupakan salah satu organ yang merupakan jalur penghubung antara ibu dan janin .
- c) Air ketuban merupakan cairan yang mengisi ruangan yang dilapisi selaput janin amnion dan korion)
(Sondakh , 2013:58)

H. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal, antara lain :

- 1. Jarak biparietal, merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai di dalam definisi penguncian (*engagement*).

2. Jarak suboksipito bregmatika, jarak antara batas leher dan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala.
3. Jarak oksipitomental, merupakan diameter terbesar dari kepala janin, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan hal presentasi dahi.

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

1. Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

2. Penguncian (*engagement*)

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

3. Descent (penurunan kepala)

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan suturu sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP) dalam

keadaan asinklitismus yaitu bila sutura sagialis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simfisis dan promotorium.

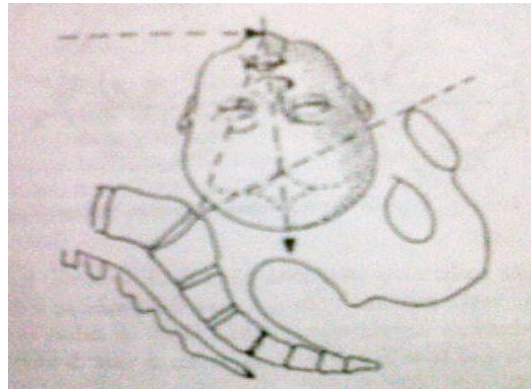
Pada sinklitismus, os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simfisis atau agak ke belakang mendekati promotorium, maka di katakan kepala dalam keadaan asinklitismus, ada dua jenis asinklitismus yaitu sebagai berikut.

- a) **Asinklitismus anterior** ; bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os.parietal belakang.



Gambar 2.9
Asinklitismus anterior
Sumber :Saifuddin, 2011:311.

- b) **Asinklitismus posterior** ; bila sutura sagitalis mendekati simfisis dan os. Parietal belakang lebih rendah dari os. Parietal depan.



Gambar 2.10
Asinklitismus posterior
Sumber :Saifuddin, 2011: 311

4. Fleksi

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.

(Prawirohardjo, 2008:187)

5. Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul pasien. Pada umumnya rotasi penuh dari kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai di dasar panggul. Perputaran kepala yang dini

kadang – kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien.

6. Lahirnya kepala dengan cara ekstensi

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

7. Restitusi

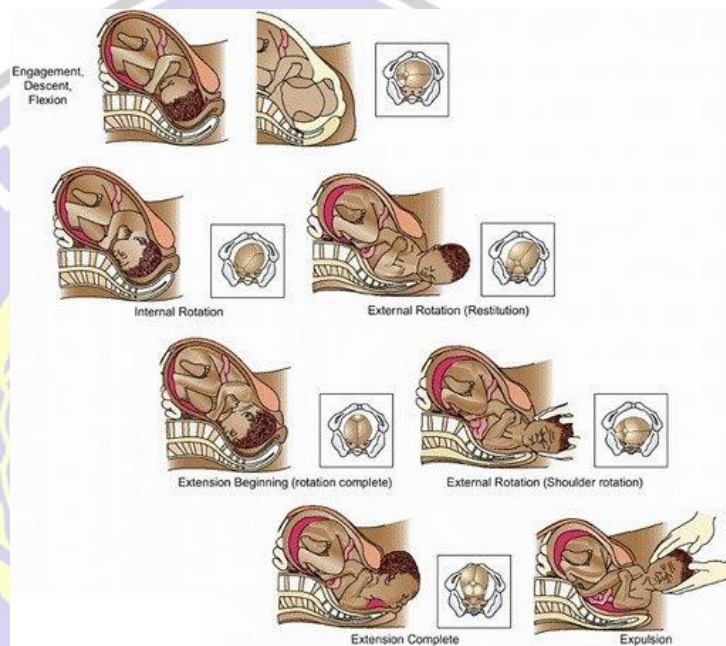
Restitusi ialah perputaran kepala sebesar 45derajat baik ke kanan atau ke kiri bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior.

8. Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi 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-vaginal, dimana ia akan bergeser di bawah simfisis pubis.

9. Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus (Sulistyawati, 2010)



Gambar 2.11
Mekanisme Persalinan
Sumber: (Prawirohardjo.2010)

Lima Benang Merah Persalinan

Ada 5 aspek dasar yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima Benang Merah menurut Mika (2016:125) :

1. Membuat Keputusan Klinik

Proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien . Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti, ketrampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien .

2. Asuhan Sayang Ibu dan Asuhan Sayang Bayi

Seorang bidan harus memiliki jiwa penyayang dan sensitif terhadap pasiennya, apa jadinya jika seorang bidan tidak memiliki sifat penyayang, pasti pasien tidak akan merasa nyaman dengan perlakuan bidan tersebut.

Konsep asuhan sayang ibu yaitu :

- a) Asuhan yang aman dan ikut meningkatkan kelangsungan hidup ibu. Pemberian saling menghargai budaya, kepercayaan, menjaga privasi, memenuhi kebutuhan dan keinginan ibu.
- b) Memberikan rasa yang aman dan nyaman selama proses persalinan.

- c) Menghormati kenyataan bahwa kehamilan dan persalinan merupakan proses alamiah dan tidak perlu intervensi tanpa adanya komplikasi.
- d) Asuhan sayang ibu berpusat pada ibu bukan pada petugas kesehatan.

3. Pencegahan Infeksi

Penolong persalinan secara konsisten dan sistematis harus menggunakan praktik pencegahan infeksi seperti cuci tangan, penggunaan sarung tangan, menjaga sanitasi lingkungan yang sesuai bagi proses persalinan, kebutuhan bayi dan proses ulang peralatan bekas pakai.

- a) Penatalaksanaan pencegahan infeksi untuk meminimalisir infeksi yang terjadi pada ibu bersalin meliputi Ilah (2010:95):

1) Asepsis atau Teknik Aseptik.

Pencegahan infeksi dengan cara mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi.

2) Antisepsis

Pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.

3) Dekontaminasi

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 lainnya harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan.

4) Mencuci atau membilas

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit atau instrument.

5) Desinfeksi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda benda mati atau instrument.

6) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospore dengan cara merebus/ mengukus atau kimiawi.

7) Sterilisasi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, jamur, parasit, dan virus) termasuk endospore bakteri dari benda-benda mati atau instrument.

b) Tindakan-tindakan pencegahan infeksi menurut Ika (2012:35):

1) Cuci tangan

Cuci tangan adalah prosedur paling penting dari pencegahan infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir. Bila mencuci tangan gunakan sabun dan keringkan dengan handuk bersih. Berikut adalah cara mencuci tangan dengan 7 langkah:

- (a) Mencuci kedua telapak tangan,
- (b) Telapak kanan diatas punggung tangan kiri dan telapak kiri di atas punggung tangan kanan,
- (c) Telapak dan jari tangan saling terkait
- (d) Letakkan punggung jari pada telapak satunya seperti menggenggam,
- (e) Jempol kanan digosok oleh telapak tangan kiri dan sebaliknya.
- (f) Jari tangan menguncup gosok memutar pada tangan kiri dan sebaliknya.
- (g) Membasuh kedua pergelangan tangan.

2) Memakai sarung tangan dan perlengkapannya.

Memakai sarung tangan sebelum menyentuh cairan atau darah. Jika sarung tangan diperlukan ganti sarung tangan untuk setiap ibu dan bayi baru lahir untuk menghindari kontaminasi.

3) Memproses alat bekas pakai

Yaitu dengan cara:

- (a) Dekontaminasi, langkah penting pertama untuk menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda lainnya yang terkontaminasi dengan cara dimasukkan ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit . cara membuat larutan klorin dengan rumus yang berbentuk cair dan serbuk kering yaitu:

$$(1) ((\% \text{larutan konsentrat}) / (\% \text{larutan yang diinginkan})) - 1$$

$$(2) (\% \text{larutan yang diinginkan} : \% \text{konsentrat}) \times 1000$$

- (a) Cuci bilas

Pencucian adalah cara paling efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan/ perlengkapan yang kotor atau sudah digunakan. Baik sterilisasi atau DTT menjadi kurang efektif tanpa pencucian sebelumnya. Jika benda-benda yang terkontaminasi tidak segera dicuci setelah didekontaminasi akan terjadi korosi pada alat.

- (b) Desinfeksi Tingkat Tinggi atau Sterilisasi

Cara yang paling efektif untuk membunuh mikroorganisme tidak selalu mungkin dan efektif. DTT dapat dilakukan dengan cara merebus, mengukus

secara kimiawi selama 20 menit . Untuk peralatan metode perebusan merupakan cara yang paling efektif.

4. Pencatatan

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan bayinya . Jika asuhan tidak di catat, dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan. Pencatatan adalah bagian terpenting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi .

5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap . Diharapkan bisa dan mampu menyelamatkan jiwa ibu dan bayinya . Sangat sulit menduga untuk menduga kapan penyulit terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu dan bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Jika timbul masalah pada saat persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kali sulit untuk melakukan secara cepat. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal – hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi .

B (Bidan) yaitu pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawa pasilitas rujukan

A (alat) yaitu bawa pelengkapan dan bahan bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ketempat rujukan

K (keluarga) beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu di rujuk.

S (surat) berikan surat ke tempat rujukan.surat ini berisi identifikasi mengenai ibu dan BBL

O (obat) bawa obat-obatan esensia pada saat mengantar ibu ke pasilitas rujiksn

K (kendaraan) siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu.

U (uang) ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli keperluan lainnya

Da (darah) persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan .

I. Partograf

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

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

- a) Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit
- b) Air ketuban dicatat melakukan pemeriksaan vagina:
 - U : Selaput utuh
 - J : Selaput pecah, air Ketuban Jernih
 - M : air ketuban bercampur meconium
 - D : air ketuban bernoda darah. (Saifudin, 2009:87)
 - K : tidak ada cairan ketuban/kering. (Manuaba, 2010:95)
- c) Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase) :
 - 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
 - 1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
 - 2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat dipisahkan
 - 3 : Tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan
- d) Pembukaan mulut rahim (serviks) dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (X) (Saifuddin, 2009:88)
- e) Penurunan, mengaju pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).

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

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

J. Kebutuhan Ibu Bersalin

1. Makan dan Minum Per Oral

Pada saat persalinan ibu dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya tetap terpenuhi. Wanita bersalin membutuhkan kurang lebih 50 – 100 kilokalori energi setiap jam.

2. Akses Intravena

Ada 2 tujuan pemasangan infus, yakni:

- a) Sebagai jalur obat, cairan, atau darah untuk mempertahankan keselamatan ketika terjadi kegawatdaruratan obstetric.
 - b) Sebagai cara mempertahankan hidrasi maternal.
- ##### **3. Posisi dan Ambulasi**

Posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Posisi ambulasi tersebut meliputi litotomi, lateral atau miring, posisi jongkok, posisi setengah duduk dengan punggung bersandar dengan bantal. Selain mengurangi

ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat .

4. Eliminasi (BAK dan BAB)

Berkemih sesering mungkin setiap 2 jam atau bila itu merasa kandung kemih sudah penuh. Kandung kemih dapat menghalangi penurunan kepala janin ke dalam rongga panggul. Buang Air Bersih, Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi dari pada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena pasien tidak tahu mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhannya ini.

5. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Di awal persalinan sebaiknya pasien dianjurkan untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan .

6. Membimbing untuk rileks sewaktu ada his.

His sifatnya menimbulkan rasa sakit, maka ibu disarankan untuk menahan menarik nafas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.

7. Kontak Fisik

Partner ibu hendaknya didorong untuk mau berpegangan tangan dengan ibu, menggosok punggungnya, menyeka wajahnya dengan spon atau mungkin mendekapnya .

8. Penjelasan proses dan Kemajuan Persalinan

Pada persalinan merupakan saat yang paling efektif untuk memberikan penjelasan yang diperlukan tentang persalinan pada pasien dan keluarga (Nugraheny,2010:56).

K. Masalah – Masalah Persalinan

1. Ruptur Uteri

Merupakan peristiwa yang sangat berbahaya, yang umumnya terjadi pada persalinan, kadang – kadang juga pada kehamilan tua. Robekan pada uterus dapat ditemukan untuk sebagian besar pada bagian bawah uterus. Apabila pada rupture uteri peritoneum pada permukaan uterus ikut robek, hal itu dinamakan rupture uteri kompleta, jika tidak rupture uteri inkompleta (Mochtar,2010:99).

2. Sepsis Puerpuralis

Dapat terjadi di masa intrapartum atau post partum. Sebelum kelahiran, membrane amniotic dan membrane korionik dapat terinfeksi jika ketuban pecah terjadi berjam- jam sebelum persalinan di mulai. Bakteri kemudian mempunyai cukup waktu

untuk berjalan ke vagina ke dalam uterus dan menginfeksi membrane, plasenta, bayi, dan ibu (Ilah,2012:58).

3. Ketuban Pecah Dini

Merupakan pecahnya ketuban terdapat tanda – tanda persalinan dan ditunggu 1 jam sebelum dimulainya tanda persalinan. Ketuban dinyatakan pecah dini bila terjadi sebelum proses persalinan berlangsung disebabkan oleh karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatkan tekanan intra uterin. Berkurangnya kekuatan membrane disebabkan adanya infeksi yang berasal dari vagian serviks (sarwono,2008:235).

4. Kelainan His

Menurut mochtar (2010:98)

a) His hipotonik (inersia uteri)

Kelainan dalam hal ini bahwa kontraksi uterus lebih aman, singkat dan jarang daripada biasa, keadaan ini dinamakan inersia uteri primer. Sebagai akibat kontraksi terjadi perubahan pada serviks yaitu pendataran atau pembukaan serviks.

b) His Hipertonik (His terlampau kuat / Tertania Uteri)

His yang terlalu kuat atau terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang sangat singkat (partus presipitatus). Sifat his normal, tonus otot diluar his juga biasa, kelainannya terletak pada kekuatan his. Bahaya partus

presipitatus bagi ibu ialah terjadinya perlukaan luas pada jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina dan perineum. Sedangkan pada bayi dapat mengalami tekanan yang kuat dalam waktu yang singkat.

c) His yang tidak terkoordinasi

His disini sifatnya berubah- ubah tonus otot uterus meningkat juga diluar his dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi bagian – bagiannya. Disamping itu tonus otot uterus yang menaik menyebabkan rasa nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia pada janin.

5. Dehidrasi dalam Persalinan

Merupakan kekurangan cairan pada ibu hamil dengan tanda yaitu melihat warna urine jika urine semakin jernih berarti pasokan cairan semakin optimal, selain itu ibu hamil sering mengalami kepanasan ini dikarenakan tubuh sulit mengatur suhu tubuh bila kekurangan cairan (Ilah,2012:60).

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali setelah sebelum hamil. Masa nifas atau puerpurium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu (42 hari). Jadi, puerpurium berarti masa setelah melahirkan bayi dan masa pulih kembali . Sekitar 50 % kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggara untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi (Risa. 2014:24)

B. Proses dari masa nifas

Involusi Uterus

1. Involusi adalah perubahan retrogresif pada uterus yang menyebabkan berkurangnya ukuran uterus. Involusi uterus hanya berfokus pada pengerutan uterus, apa yang terjadi pada organ dan struktur lain dianggap sebagai puerpurium. Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke bentuk sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus.

Proses Involusi Uterus dimulai setelah proses persalinan yaitu setelah plasenta dilahirkan. Proses involusi berlangsung kira – kira selama 6 minggu. Setelah plasenta terlepas dari uterus, fundus uteri dapat

dipalpasi dan berada pada pertengahan pusat dan symphysis pubis atau sedikit lebih tinggi. Tinggi fundus uteri setelah persalinan diperkirakan sepusat atau 1 cm dibawah pusat. Proses involusi uterus yang terjadi pada masa nifas melalui tahapan berikut:

a. Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan. Diketahui adanya penghancuran protoplasma dan jaringan yang diserap oleh darah kemudian dikeluarkan oleh ginjal. Inilah sebabnya beberapa hari setelah melahirkan ibu sering buang air besar. Pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

b. Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan yaitu jaringan yang berpoliferasi dengan adanya penghentian produksi estrogen dalam jumlah besar yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot – otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru. Setelah kelahiran bayi dan plasenta, otot uterus berkontraksi sehingga

sirkulasi darah ke uterus terhenti yang menyebabkan uterus kekurangan darah (lokal iskhemia). Kekurangan darah ini bukan hanya karena kontraksi dan retraksi yang cukup lama seperti tersebut diatas tetapi disebabkan oleh pengurangan aliran darah ke uterus, karena pada masa hamil uterus harus membesar menyesuaikan diri dengan pertumbuhan janin. Untuk memenuhi kebutuhannya, darah banyak dialirkan ke uterus mengadakan hipertropi dan hiperplasi setelah bayi dilahirkan tidak diperlukan lagi, maka pengaliran darah berkurang, kembali seperti biasa.

c. Efek Oksitosin

Oksitosin merupakan zat yang dapat merangsang myometrium uterus sehingga dapat berkontraksi. Kontraksi uterus merupakan suatu proses yang kompleks dan terjadi karena adanya pertemuan aktin dan myosin. Dengan demikian aktin dan myosin merupakan komponen kontraksi. Pertemuan aktin dan myosin disebabkan karena adanya myocin light chine kinase (MLCK) dan dependent myosin ATP ase, proses ini dapat dipercepat oleh banyaknya ion kalsium yang masuk dalam sel, sedangkan oksitosin merupakan suatu hormon yang memperbanyak masuknya ion kalsium ke dalam intra sel. Sehingga dengan adanya oksitosin akan memperkuat kontraksi uterus. Intensitas kontaksi uterus meningkat secara bermakna

segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Hormon oksitosin yang terlepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengkompresi pembuluh darah dan membantu proses homeostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi perdarahan. Selama 1 sampai 2 jam pertama masa nifas intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi teratur, karena itu penting sekali menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini.

d. Atrofi Jaringan

Atrofi jaringan yaitu jaringan yang berpoliferasi dengan adanya penghentian produksi estrogen dalam jumlah besar yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot – otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru. Setelah kelahiran bayi dan plasenta, otot uterus berkontraksi sehingga sirkulasi darah ke uterus terhenti yang menyebabkan uterus kekurangan darah (lokal iskhemia). Kekurangan darah ini bukan hanya karena kontraksi dan retraksi yang cukup lama seperti tersebut diatas tetapi disebabkan oleh pengurangan aliran darah ke uterus, karena pada masa hamil uterus harus membesar menyesuaikan diri dengan pertumbuhan janin.

Untuk memenuhi kebutuhannya, darah banyak dialirkan ke uterus mengadakan hipertropi dan hiperplasi setelah bayi dilahirkan tidak diperlukan lagi, maka pengaliran darah berkurang, kembali seperti biasa.

e. Efek Oksitosin

Oksitosin merupakan zat yang dapat merangsang myometrium uterus sehingga dapat berkontraksi. Kontraksi uterus merupakan suatu proses yang kompleks dan terjadi karena adanya pertemuan aktin dan myosin. Dengan demikian aktin dan myosin merupakan komponen kontraksi. Pertemuan aktin dan myosin disebabkan karena adanya myosin light chain kinase (MLCK) dan dependent myosin ATP ase, proses ini dapat dipercepat oleh banyaknya ion kalsium yang masuk dalam sel, sedangkan oksitosin merupakan suatu hormon yang memperbanyak masuknya ion kalsium ke dalam intra sel. Sehingga dengan adanya oksitosin akan memperkuat kontraksi uterus. Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar. Hormon oksitosin yang terlepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengkompresi pembuluh darah dan membantu proses homeostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi perdarahan. Selama 1

sampai 2 jam pertama masa nifas intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi teratur, karena itu penting sekali menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini.

2. Kekentalan darah kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) akan tampak sedikit menurun dari angka normal sebesar 11-12 gr%. Jika hemoglobinya terlalu rendah. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-15 pasca persalinan.

1. Proses laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh. (Siti, 2009:58)

C. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Menurut Dewi Martalita (2014 :17). Pada masa nifas, organ reproduksi interna dan eksterna akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Selain organ reproduksi, beberapa perubahan fisiologi yang terjadi selama masa nifas yaitu:

1. 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 – 8 cm, lebar sekitar 5 – 5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversioflaksio. Uterus terdiri dari 3 bagian yaitu: fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri. Dinding uterus terdiri dari otot polos dan tersusun atas 3 lapis, yaitu:

- a) Perimetrium, yaitu lapisan terluar yang berfungsi sebagai pelindung uterus .
- b) Miometrium, yaitu lapisan yang kaya akan sel otot dan berfungsi untuk kontraksi dan relaksasi uterus dengan melebar dan kembali ke bentuk semula.
- c) Endometrium, merupakan lapisan terdalam yang kaya akan sel darah merah. Bila tidak terjadi pembuahan maka dinding endometrium akan meluruh bersama dengan sel ovum matang .

Selama kehamilan, uterus berfungsi sebagai tempat tumbuh dan berkembangnya hasil konsepsi. Pada akhir kehamilan berat uterus dapat mencapai 1000 gram. Satu minggu setelah persalinan berat uterus menjadi sekitar 500 gram, dua minggu setelah persalinan menjadi sekitar 300 gram dan menjadi 40 – 60 gram setelah enam minggu persalinan.

Perubahan yang terjadi pada dinding uterus adalah timbulnya thrombosis, degenarasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta .Dalam keadaan fisiologis, pada pemeriksaan fisik yang dilakukan secara palpasi didapat bahwa tinggi fundus uteri berada setinggi pusat setelah plasenta lahir, pertengahan antara pusat dan simfisis pada hari ke lima postpartum dan setelah 12 hari postpartum tidak dapat diraba lagi.

Tabel 2.5
Involusi Uterus Normal

Waktu inovasi	Tinggi Fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Nomal

Sumber. Manuaba, 2012

2. Serviks

Merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dari uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Selama kehamilan, serviks mengalami perubahan karena pengaruh hormone estrogen. Meningkatnya kadar hormone estrogen pada saat hamil dan disertai dengan hipervaskularisasi mengakibatkan konsistensi serviks menjadi lunak.

Hampir 90% struktur serviks terdiri atas jaringan ikat dan hanya sekitar 10% berupa jaringan otot. Serviks tidak mempunyai fungsi sebagai sfingter. Segera setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong . Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa . Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2 – 3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari .

3. Vagina

Merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan $\pm$

9 cm . Bentuk vagina sebelah dalam berlipat- lipat disebut dengan rugae . Vagina tersusun atas jaringan ikat yang mengandung banyak pembuluh darah. Selama kehamilan, terjadi hipervaskularisasi lapisan jaringan dan mengakibatkan dinding vagina berwarna kebiru biruan (Livide).

Selama proses persalinan persalinann vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama saat melahirkan bayi. Sesuai dengan fungsinya bagian lunak jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan bagian luar, vagina berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lochea.

Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut :

a) Lochea rubra/ kruenta

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

b) Lochea Sanguilenta

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 post partum, karakteristik lochea sanguilenta berupa darah bercampur lendir

c) Lochea Serosa

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum.

d) Lochea Alba

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih.

Normalnya lochea agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk. Bila lochea berbau busuk segera ditangani agar ibu tidak mengalami infeksi lanjut atau sepsis .

4. Vulva

Merupakan organ reproduksi eksterna, berbentuk lonjong, bagian depan dibatasi oleh clitoris, bagian belakang oleh perineum, bagian kiri dan akanan oleh labia minora . Pada vulva, dibawah clitoris, terdapat ofisium uretra eksterna yang berfungsi sebagai tempat keluarnya urin.

Vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan . Beberapa hari pertama sesudah proses persalinan vulva dalam keadaan kendur . Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

5. Payudara

Merupakan kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada . Secara makroskopis, struktur payudara terdiri dari korpus (badan), aerola dan papilla atau puting. Sejak kehamilan

trimester pertama kelenjar mammae sudah dipersiapkan untuk menghadapi masa laktasi. Perubahan yang terjadi pada kelenjar mammae selama kehamilan adalah :

- a) Proliferasi jaringan atau pembesaran payudara. Terjadi karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone untuk persiapan produksi ASI.
- b) Terdapat cairan yang berwarna kuning (Kolostrum) pada duktus laktiferus melalui puting susu saat usia kehamilan memasuki trimester ketiga.
- c) Terdapat hipervaskularisasi pada bagian permukaan maupun bagian dalam kelenjar mammae .

Setelah proses persalinan selesai, pengaruh hormon estrogen dan progesterone terhadap hipofisis mulai menghilang . Pada proses Laktasi terdapat dua reflek yang berperan, yaitu reflek prolaktin dan reflek aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu dikarenakan isapan bayi.

1) Refleks Prolaktin

Akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum. Hisapan bayi akan merangsang puting susu karena ujung – ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus dan akan menekan pengeluaran faktor penghambat sekresi prolaktin.

Hormon ini merangsang sel – sel alveoli yang berfungsi membuat air susu.

2) Reflek Aliran

Rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofise posterior yang kemudian mengeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah sehingga menimbulkan kontraksi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat.

6. Tanda – tanda Vital

Tanda – tanda vital yang berubah selama masa nifas adalah:

a) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar $0,5^{\circ}$ Celcius dari keadaan normal ($36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$) namun tidak lebih dari 38°C . Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan

b) Nadi

Denyut nadi normal berkisar antara 60 – 80 kali per menit. Pada saat proses persalinan denyut nadi akan meningkat dan akan kembali normal pada saat masa nifas.

c) Tekanan Darah

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 atau pre eklamsi post partum .

d) Pernafasan

Pada saat partus frekwensi nafas meningkat karena kebutuhan oksigen untuk tenaga ibu bersalin. Serta akan kembali normal pada saat masa nifas .

7. Kardiovaskuler

Selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar Hemoglobin sedikit lebih rendah . Setelah bayi lahir hubungan sirkulasi darah akan meningkat mengakibatkan beban kerja jantung juga meningkat.

8. Sistem Pencernaan

Ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada saat melahirkan.

9. Sistem Perkemihan

Peningkatan hormonal pada masa hamil menyebabkan peningkatan fusi ginjal dan selama masa postpartum mengalami penurunan fusi ginjal. Dalam 12 jam pertama postpartum ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama ia hamil . Trauma yang terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses bersalin menyebabkan dinding kandung

kemih mengalami hiperemi dan edema. Adanya trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih, dan efek konduksi anastesi menyebabkan keinginan berkemih turun. Pada masa postpartum distensi yang berlebihan ini dapat menyebabkan kandung kemih lebih peka terhadap infeksi sehingga mengganggu proses berkemih normal .

10. Sistem Integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mammae, dinding perut, dan lipatan sendi karena pengaruh hormon akan menghilang selama masa nifas .

11. Sistem Muskuloskeletal

Setelah proses persalinan selesai, dinding perut akan menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu lama selama hamil .

D. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin :

1. Periode Taking In , (hari ke 1 – 2 setelah melahirkan)

- a) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
- b) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya.
- c) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal .

2. Periode Taking On/Taking Hold (hari ke 2 - 4 setelah melahirkan)

- a) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya .
- b) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh , BAK dan BAB serta adaya tahan tubuh
- c) Ibu berusaha untuk menguasai ketrampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok .
- d) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi .
- e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya

3. Periode Letting Go

- a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dugaan serta perhatian keluarga.
- b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini .

(Pitriani. 2014:7)

E. Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

Menurut Sulistyawati (2009:86)

1. Kebutuhan Gizi Ibu Menyusui.

Kualitas dan jumlah makanan yang dikonsumsi akan sangat mempengaruhi produksi ASI. Pemberian ASI sangat penting karena merupakan makanan utama bagi bayi. Dengan ASI, bayi akan tumbuh sempurna sebagai manusia yang sehat, dan mempunyai IQ yang tinggi. Hal ini disebabkan karena ASI mengandung asam *dekosa heksanoid* (DHA). Selama menyusui, ibu dengan status gizi yang baik rata – rata memproduksi ASI sekitar 800 cc yang mengandung sekitar 600 kkal, Sedangkan pada ibu dengan status gizi yang kurang biasanya kurang dari itu. Walaupun demikian, status gizi tidak berpengaruh besar terhadap mutu ASI, kecuali volumenya. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan nutrisinya sebagai berikut:

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari
 - b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
 - c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
 - d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari post partum.
 - e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI
- (Saleha, 2009:71).

2. Ambulasi Dini (Early Ambulation).

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk selekas mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Menurut penelitian, ambulasi dini tidak mempunyai pengaruh buruk, tidak menyebabkan perdarahan abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka *episiotomy*, tidak memperbesar kemungkinan terjadinya prolapse uteri atau retrofleksi. Ambulasi dini tidak dianjurkan pada pasien dengan komplikasi dan penyulit seperti anemia, jantung, paru – paru, demam dan keadaan lain yang membutuhkan istirahat.

Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

- a) Ibu merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- b) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- c) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.

3. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya pasien menahan BAK karena takut merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi post partum.

Dalam 24 jam pertama, pasien sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Bidan harus dapat meyakinkan pasien untuk tidak takut buang air besar karena tidak akan menambah parah luka pada jalan lahir. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih.

4. Personal Hygiene.

Karena kelelahan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu post partum masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya. Bidan harus bijaksana dalam memberikan motivasi ini tanpa mengurangi keaktifan ibu untuk melakukan personal hygiene secara mandiri. Pada tahap awal melibatkan keluarga untuk dalam perawatan kebersihan ibu.

5. Istirahat.

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energy menyusui bayinya. Kurangnya istirahat pada ibu post partum mengakibatkan kerugian misalnya :

D. Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi .

E. Memperlanbat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan .

F. Menyebabkan depresi dan ketidaknyaman untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

6. Seksual.

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri . Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran .

7. Senam Nifas.

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan sedini mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan normal dan tidak ada penyulit post partum . Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan diskusi terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul untuk kembali normal. Dengan kembalinya kekuatan otot perut dan panggul, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang biasanya dialami oleh ibu nifas .

8. Vitamin A

Vitamin A merupakan suplemen yang diberikan pada ibu menyusui selama masa nifas yang memiliki manfaat penting bagi ibu dan bayi yang disusunya. Vitamin A berfungsi dalam sistem penglihatan, fungsi pembentukan kekebalan dan fungsi reproduksi. Pemberian kapsul vitamin A bagi ibu nifas dapat menaikkan jumlah kandungan vitamin A dalam ASI, sehingga pemberian kapsul vitamin A pada ibu nifas sangatlah penting. Waktu pemberian vitamin A pada masa nifas yang pertama diberikan segera setelah melahirkan, sedangkan pemberian kedua jarak 24 jam setelah yang pertama dan tidak lebih dari 6 minggu kemudian.

F. Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium Dini

Kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya (40 hari).

2. Puerperium Intermediate

Kepulihan menyeluruh dimana alat – alat genetalia yang lamanya 6 – 8 minggu.

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila selama hamil dan persalinan mempunyai komplikasi. (Rini. 2016:48)

G. Jadwal Kunjungan

1. Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu :
 - a) Pertama : 6 jam – 3 hari setelah melahirkan
 - b) Kedua : Hari ke 4 – 28 hari setelah melahirkan
 - c) Ketiga : Hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan
2. Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi :
 - a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
 - b) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernafasan, dan nadi
 - c) Pemeriksaan lochea dan perdarahan
 - d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
 - e) Pemeriksaan kondisi rahim dan tinggi fundus uteri
 - f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
 - g) Pemberian Kapsul Vit A
 - h) Pelayanan kontraksi pasca persalinan
 - i) Konseling
 - j) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
 - k) Memberikan nasihat yaitu :
 - 1) Makan – makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah – buahan

- 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari
- 3) Menjaga kebersihan diri, terdapat kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin
- 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
- 2) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi
- 3) Cara menyusui yang benar dan hanya memberikan ASI saja selama 6 bulan
- 4) Perawatan bayi yang benar
- 5) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress
- 6) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga
- 7) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan (Kemenkes RI Buku KIA, 2015:26)

H. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

1. Infeksi Nifas

Macam – macam infeksi nifas diantaranya :

a) Endometritis

Merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui luka bekas insersio plasenta.

b) Peritonitis

Merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe .

c) Mastitis

Merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara .Dalam masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan mammae, terutama pada primipara. Berdasarkan tempat infeksiya dibedakan menjadi :

- 1) Mastitis yang menyebabkan abses di bawah aerola mammae.
- 2) Mastitis di tengah – tengah mammae yang menyebabkan abses di tempat tersebut .
- 3) Mastitis pada jaringan dibawah dorsal dari kelenjar – kelenjar yang menyebabkan abses antara mammae dan otot – otot dibawahnya .

Bendungan ASI adalah terkumpulnya ASI di dalam payudara akibat penyempitan duktus laktiferus atau kelenjar

yang tidak dikosongkan dengan sempurna pada waktu menyusui bayi atau karena kelainan pada puting susu.

d) Thrombophlebitis

Merupakan penjararan infeksi melalui vena . Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme patogen .

e) Infeksi Luka Perineum

Merupakan infeksi yang terjadi akibat masuknya mikroorganisme ke dalam luka perineum. Luka perineum terjadi akibat episiotomy atau rupture pada saat proses persalinan. Luka perineum yang mengalami infeksi akan terasa lebih nyeri, merah dan bengkak .

f) Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum dibagi menjadi 2 tahap yaitu :

1) Post partum dini (Early post partum) atau disebut juga perdarahan post partum primer. Perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bersalin .

2) Post partum lanjut (Late post partum) atau disebut juga perdarahan post partum sekunder . Terjadi setelah 24 jam

3) pertama bayi lahir. Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya :

E. Atonia Uteri , suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan .

F. Retensio Plasenta, suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir.

Retensio plasenta dapat terjadi karena kontraksi uterus yang tidak adekuat selama proses persalinan sehingga plasenta tidak dapat lepas dari implantasi plasenta yang terlalu dalam pada dinding uterus .

G. Inversio Uteri, suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Inversio uteri terbagi menjadi :

(1) Inversio uteri ringan , terbaliknya fundus uteri ke dalam kavum uteri namun belum keluar dari rongga rahim.

(2) Inversio uteri sedang, fundus uteri terbalik menonjol ke cavum uteri dan sudah masuk ke dalam vagina.

(3) Inversio uteri berat, uterus dan vagina dalam keadaan terbalik dan sebagian sudah keluar dari vagina .

H. Robekan Jalan Lahir , merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Berdasarkan kedalaman dan luasnya

laserasi, robekan jalan lahir dibagi menjadi 4 tingkat yaitu :

- (1) Tingkat 1, robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina atau tanpa mengenai kulit perineum.
- (2) Tingkat 2, robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perineum transversalis tapi tidak mengenai sfingter ani .
- (3) Tingkat 3, robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani .
- (4) Tingkat 4, robekan sampai ke mukosa rectum.

Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus .Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadi perdarahan .

(Marmi.2010:100)

I. Tanda Bahaya Ibu Nifas

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

1. Perdarahan per vagina yang luar banyak atau yang tiba – tiba bertambah banyak
2. Pengeluaran per vagina yang baunya menusuk
3. Rasa sakit bagian bawah abdomen atau punggung
4. Sakit kepala yang terus menurun, nyeri ulu hati atau masalah penglihatan
5. Pembengkakan diwajah atau tangan

6. Demam, muntah, rasa sakit waktu buang air kecil atau merasa tidak enak
7. Payudara yang berubah merah, panas, dan terasa sakit
8. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
9. Rasa sakit, merah, nyeri tekan dan pembekakan kaki
10. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau diri sendiri
11. Merasa sangat letih atau nafas terengah – engah

J. Pelayanan Kunjungan Ulang Nifas di Era Pandemi

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

1. Ibu nifas dan keluarga harus memahami tanda bahaya di massa nifas. Jika terdapat resiko/tanda bahaya maka periksakan diri ke tenaga kesehatan.
2. Kunjungan nifas dilakukan sesuai jadwal kunjungan
3. Pelaksanaan kunjungan nifas dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online, dengan melakukan upaya pencegahan *Covid-19* baik dari petugas, ibu maupun keluarga
4. Apabila ibu dengan dugaan positif *Covid-19* ingin merawat bayinya sendiri maka segala upaya harus dilakukan untuk memastikan bahwa ia telah menerima informasi lengkap dan memahami potensi resiko terhadap bayinya

5. Pelayanan KB dilakukan sesuai jadwal

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut Octa (2014:4) bayi baru lahir adalah

1. Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir satu jam pertama.
2. Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.
3. Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat.

Pengertian Neonatus

Pengertian Neonatus Neonatus adalah bayi yang baru lahir 28 hari pertama kehidupan . Neonatus adalah usia bayi sejak lahir hingga akhir bulan pertama (Koizer, 2011). Neonatus adalah bulan pertama kelahiran. Neonatus normal memiliki berat 2.700 sampai 4.000 gram, panjang 48-53 cm, lingkar kepala 33-35cm (Potter & Perry, 2009). Dari ketiga pengertian di atas dapat disimpulkan neonatus adalah bayi yang lahir 28 hari pertama.

Ciri Neonatus Neonatus memiliki ciri berat badan 2700-4000gram, panjang, panjang 48- 53 cm, lingkar kepala 33-35 cm. Neonatus memiliki frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut

kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (Dewi, 2010).

B. Ciri – ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Lahir aterm antara 37 – 42 minggu..
2. Berat lahir 2500 – 4000 gram
3. Panjang badan 48 – 52 cm .
4. Lingkar dada 30 – 38 cm
5. Lingkar kepala 33 – 35 cm
6. Lingkar lengan 11 – 12 cm
7. Frekwensi denyut jantung 120 – 140 x/menit .
8. Pernapasan $\pm$ 40 – 60 x/menit
9. Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subcutan yang cukup .
10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
11. Kuku agak panjang dan lemas .
12. Nilai APGAR >7
13. Gerak Aktif
14. Bayi lahir langsung menangis kuat
15. Refleks rooting sudah terbentuk dengan baik .
16. Refleks sucking sudah terbentuk dengan baik.

17. Refleks morro sudah terbentuk dengan baik.
18. Refleks grasping sudah baik
19. Genetalia , pada laki – laki ditandai testis berada pada skrotum dan penis yang berlubang . Pada perempuan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia mayora dan minora .
20. Eliminasi baik yang ditanda dengan keluarnya meconium selama 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.
(Dewi.2011:28)

C. Klasifikasi Neonatus

Klasifikasi neonatus menurut Marni (2015) :

a. Neonatus menurut masa gestasinya

1. Kurang bulan : <294hari (37minggu)
2. Cukup bulan : 259- 294 hari (37-42 minggu)
3. Lebih bulan : >294hari (42 minggu)

b. Neonatus menurut berat lahir :

1. Berat lahir rendah : <2500 gram
2. Berat lahir cukup : 2500 – 4000 gram
3. Berat lahir lebih : >4000 gram

D. Proses atau Periode Bayi Baru Lahir

Proses ini dikenal dengan Periode Transisi yaitu masa transisi mencerminkan suatu kombinasi respon simpatik tekanan terhadap persalinan dan respon parasimpatik. Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Reaktivitas 1 (The First Period of Reactivity)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas . Warna kulit terlihat sementara sianosis atau akrosianosis . Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis atau terkejut. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu . Membiarkan ibu memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan . Beberapa akan diberi ASI selama periode ini . Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit . Bunyi usus mencerminkan system pencernaan berfungsi dengan baik . Keluarnya kotoran sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltic hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik.

Lebih jelasnya dapat dilihat karakteristiknya, yaitu :

- a) Tanda – tanda vital BBL, frekuensi nadi yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai

80x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur serta adanya retraksi.

- b) Fluktuasi dari merah jambu pucat ke sianosis .
- c) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.
- d) Bayi baru lahir mempunyai sedikit jumlah mukus, menangis kuat, refleks isap yang kuat . Tips khusus, selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama daripada hari – hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk memulai proses periode perlekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lain.

2. Fase Tidur (Period of Unresponsive Sleep)

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

3. Periode Reaktivitas II (The Second Period of Reactivity) atau Transisi ke III

Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernapasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusui. Pemberian makan awal penting untuk pencegahan hipoglikemia dan pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makanan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh *traktus intestinal*. Neonatus mungkin beraksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan bersama mucus.

Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya. Setiap mucus yang terdapat selama pemberian makanan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti *esofagial atresia*, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makanan perlu ditunda sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh. Periode transisi kehidupan *ekstrauterin* berakhir setelah periode ke-II reaktivitas. Hal ini terjadi ketika 2-6 jam setelah persalinan. Kulit dan saluran pencernaan neonatal belum terkolonisasi oleh beberapa tipe *bakteria*. Oleh karena itu neonatal jangan diproteksi dari

bakteria menguntungkan. Semua perawat harus mencuci tangan dan lengan bawah selama 3 menit dengan sabun antibakteria sebelum menyentuh bayi. Aktivitas ini merupakan proteksi yang berguna terhadap infeksi neonatal. APGAR SCORE harus dinilai selama periode ini. (Wayan,dkk. 2017:2-4)

E. Penilaian APGAR SCORE

Pengkajian pertama pada seorang bayi dilakukan pada saat lahir dengan menggunakan nilai apgar melalui pemeriksaan fisik . Sistem penilaian ini adalah alat klinis yang berguna untuk mengidentifikasi neonatus yang membutuhkan resusitasi serta menilai efektifitas setiap tindakan resusitasi.

Tabel 2.6
Penilaian APGAR

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

Sumber : (Prawirohardjo, 2008)

Klasifikasi klinik nilai APGAR :

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

Skor apgar dapat dinilai pada menit pertama, menit ke lima, dan menit ke sepuluh setelah bayi lahir, untuk mengetahui keadaan bayi tersebut. Namun dalam situasi tertentu, skor apgar juga dinilai pada menit ke 10,15, dan 20, hingga total skor 10 (Sujiyatini, 2011:65).

F. Reflek Pada Bayi Baru Lahir

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

1. Rooting refleks; yaitu refleks mencari puting susu.
2. Suckling refleks; yaitu refleks menghisap areola puting susu tertekan dagu bayi, lidah dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI.
3. Swallowing refleks; yaitu refleks menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.

4. Moro refleks; refleks yang timbul diluar kemauan? Kesadaran bayi.
5. Grasping refleks; bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi, maka jari-jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat.
6. Tonik neek refleks; yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal.
7. Stapping refleks; reflek kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuhkan pada satu dasar maka bayi seolah-olah berjalan.
8. Startle reflek; reaksi emosional berupa hentakan dan gerakan seperti mengejang pada lengan dan tangan dan seiring diikuti dengan tangisan. (Rukiyah,2010)
9. Babinsky reflek; gerakan jari sepanjang telapak kaki (Dewi,2011:46)

G. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

1. Sistem Pernapasan

Merupakan sistem yang paling tertantang ketika mengalami perubahan dari fase intrauterus menuju ekstrauterus . Bayi baru lahir harus mulai segera mulai bernapas . Selama kehamilan, organ yang berperan dalam dalam respirasi janin sampai janin lahir adalah plasenta .Paru – paru yang bermula satu titik yang muncul dari Pharynx yang bercabang dan kemudian cabang lagi

sehingga membentuk struktur percabangan bronkus. Proses tersebut terus berlanjut setelah kelahiran hingga kira – kira usia anak 8 tahun sampai jumlah bronkiolus dan alveolus berkembang sepenuhnya . Surfactan adalah lipoprotein yang dapat mengurangi ketegangan permukaan dalam alveoli dan membantu dalam pertukaran gas . Bagian ini diproduksi pertama kali dari usia kehamilan 20 minggu dan jumlahnya akan terus bertambah hingga paru – paru ini yang paling menentukan dan mengurangi kemungkinan hidupnya seorang bayi baru lahir oleh karena luas permukaan alveoli yang terbatas serta tidak adanya surfaktan yang memadai menyebabkan stress pada bayi .

Pada saat bayi mencapai cukup bulan, kurang dari 100 ml cairan paru – paru terdapat dalam napasnya . Dengan tarikan napas pertama, udara diruangan mulai mengisi saluran napas besar trachea neonates dan bronkus . Oksigenasi yang memadai merupakan faktor yang sangat penting dalam mempertahankan kecukupan pertukaran udara.(Annisa dkk.2017:87)

2. Peredaran Darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal lalu sebagian ke hati dan sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung .Kemudian ke bilik kiri jantung, dari bilik kiri jantung . Dari bilik kiri darah di pompa melalui aorta ke seluruh tubuh,

sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta .

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup . Hal ini terjadi pada jam – jam pertama setelah kelahiran . Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimia serta duktus arteriosus yang berobliterasi.

Aliran darah paru pada hari pertama kehidupam adalah 4 – 5 liter per menit . Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/m² dan bertambah pada hari kedua dan ketiga karena penutupan duktus arteriosus . Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi jumlah darah yang melalui transfuse plasenta yang pada jam – jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan konstan kira – kira 85/40 mmHg.

3. Suhu Tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya.

a) Konduksi

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

b) Konveksi

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

c) Radiasi

Panas yang dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin. (pemindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan. Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembapan udara, dan aliran udara yang melewati . Apabila BBL dibiarkan dalam suhu kama 25°C , maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi, dan evaporasi yang besarnya 200kg/bb sedangkam yang dibentuk hanya sepersepuluhannya saja.

4. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus lebih luas 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 .

5. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Tubuh BBL mengandung relative 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 relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa

6. Imunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propria ileum dan apendiks. Pada BBL hanya terdapat gamma globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpin dah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil . Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibody gamma A, G , dan M.

7. Traktus Digestivus

Relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa . Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau bisa disebut juga meconium. Pengeluaran meconium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya feses sudah berbentuk dan berwarna biasa .

8. Hepar

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkuarang, walaupun dalam waktu yang agak lama . Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna .

9. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keasaman (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic . Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini (Dewi.2010:58).

H. Kebutuhan Dasar pada Bayi Baru Lahir

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke-2 energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012:313).

Menurut Sulistyawati (2012:379), 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. Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.8 Sebagai berikut:

Tabel 2.7
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

Hari kelahiran	Cairan/Kg/hari	Kalori/Kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke- >10	150-200 ml	>120 kal

Sumber : Saifuddin,2007:380

2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi,2012:314). Feses pertama berwarna kehitaman, lengket

dan mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser,2009:711). Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau.(Sulistyawati, 2009:711).

3. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering tidur 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2008:378).

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 harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Manuaba, 2007:377).

5. Aktivitas

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, akan tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2010:369).

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit akan membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik (Marmi, 2010:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya. (Fraser et al, 2009:712).

I. Penyuluhan Sebelum Pulang

Menurut Mueser (2007:42-43).

1. Perawatan Tali Pusat

Saat bayi dilahirkan, tali pusat (umbilikal) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya. Tapi saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari

ibunya, karena ia sudah dapat bernapas sendiri melalui hidung. Karena itulah, tali tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali pusar yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa senti oleh dokter. Sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya. Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut:

- a) Cuci tangan bersih-bersih dengan sabun.
- b) Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai yang telah dibubuhi alkohol 70%, lalu bersihkan sisa tali pusar, terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut).
- c) Lakukanlah dengan hati-hati, apalagi bila pusar bayi masih berwarna merah.
- d) Gunakan jepitan khusus dari plastik untuk memegang ujung tali pusarnya, agar lebih mudah dalam membersihkan dan melilitkan perbannya.
- e) Rendam perban/kasa steril dalam alkohol 70%, lalu bungkus sisa tali pusar. Usahakan agar seluruh permukaan hingga ke pangkalnya tertutup perban.
- f) Lilitkan perban/kasa sedemikian rupa agar bungkusannya tidak terlepas. Pastikan tidak terlalu ketat, agar bayi tidak kesakitan.

g) Gunakan kain kasa untuk mengikat perban agar tetap pada tempatnya.

2. Pemberian ASI

Inisiasi dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusu pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anastesi yang diberikan ke ibu saat proses melahirkan. Pengalaman pertama bayi. Di jam-jam pertama, bayi akan relatif tenang, terjaga dan memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar ke dalam mulut bayi hingga ia dapat mengunci dan menyusu dengan baik dan menyusu dengan baik. Riset menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang diletakkan di perut ibu sesaat setelah ia lahir, akan mampu mencari payudara ibu dan menyusu dengan baik dalam kurun waktu kurang dari 50 menit.

3. Jaga Kehangatan Bayi

Bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan diluar untuk membuat bayi tetap hangat. Menjaga kehangatan bayi baru lahir merupakan suatu

hal yang sangat penting, dengan cara membungkus atau membedung bayi rapat-rapat dan kepalanya ditutup agar membantunya merasa aman dan hangat. Hal ini membuat bayi tidur lebih nyenyak dan lama jika mereka dibungkus. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermia) berisiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal. Jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti, mungkin akan mengalami hipotermia, meskipun berada dalam ruangan hangat.

Tujuan Menjaga Kehangatan :

- a) Untuk mengurangi kehilangan panas tubuh
- b) Membuat bayi merasa aman dan hangat
- c) Membuat bayi tidur lebih nyenyak

4. Tanda-Tanda Bahaya

- a) Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum. Ini tanda bayi terkena infeksi berat.
- b) Bayi kejang. Kejang pada bayi baru lahir kadang sulit dibedakan dengan gerakan normal. Jika melihat gejala-gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, mengisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki seperti mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau dielus-elus, kemungkinan bayi kejang.
- c) Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang.

- d) Sesak napas (60 kali permenit atau lebih) atau nafas 30 kali per menit atau kurang.
- e) Bayi merintih.
- f) Pusing kemerahan sampai dinding perut. Jika kemerahan sudah sampai ke dinding perut, tandanya sudah infeksi berat.
- g) Demam (suhu tubuh bayi lebih dari $37,5^{\circ}\text{C}$) atau tubuh teraba dingin (suhu tubuh bayi kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$).
- h) Mata bernanah banyak.
- i) Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini tandanya bayi kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian.
- j) Kulit bayi terlihat kuning. Kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada :
 - 1) Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir.
 - 2) Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.
 - 3) Kuning sampai ke telapak tangan atau kaki.

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

5. Immunisasi

Setelah lahir, tubuh bayi belum punya daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi

bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi, tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan di rumah sakit setelah lahir.

a) Hepatitis B

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

b) Polio

Mencegah terkena polio (poliomyelitis) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa juga terkena kedua kakinya). Menjelang pulang, diteteskan di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu. Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obat.

c) BCG

Mencegah penyakit TB (tuberkulosis). Menjelang pulang, disuntikkan di lengan atas. Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar

misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi.

6. Perawatan Harian atau Rutin

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

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

7. Pencegahan Infeksi

- a) Infeksi

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

Cara mengatasinya, infeksi herpes simpleks pada bayi yang baru lahir memang sangat mengkhawatirkan dan memberikan prediksi akibat yang buruk bila tidak segera diobati. Untungnya pengobatan selama ini mampu menurunkan angka kematian demikian juga mencegah progresivitas penyakit berupa infeksi herpes pada susunan saraf pusat atau infeksi diseminata (penyebaran tubuh kebagian tubuh lain). Tindakan terhadap bayi dari ibu penderita herpes genitalis dilakukan secara beragam, diantaranya ada rumah sakit yang menganjurkan isolasi. Selanjutnya, pada bayi dilakukan pemeriksaan kultur virus, fungsi hati dan cairan serebrospinalis (otak). Selain pengawasan ketat selama bulan pertama kehidupannya.

Eksim popok dapat dicegah dengan cara mengganti popok sesering mungkin setiap kali popok basah. Sebaiknya kain popok terbuat dari bahan lembut dan cara pemakaiannya tidak terlalu ketat agar kulit tidak bergesek. Penggunaan celana plastik sedapat mungkin dihindari. Eksim popok juga bisa muncul karena adanya zat-zat tajam yang biasa ada pada feses bayi yang menimbulkan peradangan disekitar anus. Bercak ini umumnya terjadi bila sikecil diare. Adapun pemberian obat antiretroviral (ARV) pada bayi terinfeksi HIV di minggu pertama pasca kelahiran akan memberikan peluang hidup lebih lama. Pemberian ARV sesegera mungkin membantu menaikkan sistem imun yang lemah akibat serangan virus. Karena bayi yang positif terinfeksi HIV tidak mampu membangun sistem imun untuk ketahanan tubuh. Akibatnya apabila ada penyakit yang menyerang bayi akan cepat sakit dan meninggal. Menurut penelitian bayi yang mendapat terapi ARV akan mempunyai kesempatan hidup lebih lama.

8. Kecelakaan

Pada bayi, umumnya kecelakaan terjadi karena jatuh, tergores benda tajam, tersedak, tercekik atau tanpa sengaja menelan obat-obatan dan bahan kimia yang ditaruh di

sembarang tempat. Bisa ditebak, umumnya kecelakaan seperti itu disebabkan kelalaian orang dewasa di sekitarnya.

J.Kunjungan Neonatus

1. Kunjungan neonatus ke-1 (KN 1) dilakukan 2 kali kunjungan pada usia 0-7 hari setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :
 - b) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - c) Berikan ASI eksklusif
 - d) Rawat tali pusat
 - e) Mendeteksi tanda bahaya pada bayi
 - f) Kebutuhan istirahat bayi
 - g) Immunisasi
2. Kunjungan neonatal kedua (KN lengkap) dilakukan pada 8-28 hari setelah lahir. Asuhan yang diberikan yaitu:
 - a) Pemeriksaan ada atau tidaknya tanda bahaya atau gejala sakit
 - b) Jaga kehangatan tubuh bayi
 - c) Berikan ASI eksklusif
 - d) Cegah infeksi
 - e) Rawat tali pusat

(Rukiyah, dkk,2010:66)

K.Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali/ menit, retraksi dada saat inspirasi
2. Suhu terlalu panas lebih atau pucat, memar atau sangat kuning (Terutama pada 24 jam pertama)
3. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
4. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
5. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.
6. Meconium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, faeses hijau/berlendir/darah.
7. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang.
8. Menangis terus menerus
9. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan (Muslihatun,2010:76)

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian

Keluarga berencana adalah upaya untuk peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

Keluarga berencana menurut WHO adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif tertentu, menghindarkan kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval di antara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga

Program KB adalah suatu langkah-langkah atau suatu usaha kegiatan yang disusun oleh organisasi – organisasi KB dan merupakan program pemerintah untuk mencapai rakyat yang sejahtera berdasarkan peraturan dan perundang– undangan kesehatan. Jadi Keluarga Berencana adalah mengatur jumlah anak sesuai dengan keinginan dan menentukan kapan ingin hamil lagi. KB adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi, untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

(Marmi, 2016:83)

B. Sasaran Program KB

Menurut Handayani (2010:85) Sasaran program Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu

1. Sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.
2. Sasaran secara tidak langsung adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera
- 3.

C). Dampak Program KB

Program Keluarga Berencana memberikan dampak, yaitu penurunan AKI dan AKB, penanggulangan masalah kesehatan reproduksi, peningkatan kesejahteraan keluarga, peningkatan derajat kesehatan, peningkatan mutu dan layanan KB, peningkatan sistem pengelolaan dan kapasitas SDM, pelaksanaan tugas pimpinan dan fungsi manajemen dalam penyelenggaraan kenegaraan serta pemerintahan berjalan lancar.(Marmi,2016:84)

D). Macam – macam Keluarga Berencana

a) Metode MAL (Metode Amenorea Laktasi)

1) Pengertian MAL

Metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara Eksklusif, yang berarti bahwa ASI hanya diberikan tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. Metode amenore laktasi dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi jika :

- (a) Menyusui secara penuh (full breast feeding), lebih efektif bila diberikan minimal 8 kali sehari
- (b) Belum mendapat haid
- (c) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Jannah, 2018:56)

2) Cara kerja

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. (Marmi, 2016:87)

3) Efektivitas MAL

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

- (a) Digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan
- (b) Belum mendapat haid pasca melahirkan dan menyusui
(tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan)

(c) Efektivitas metode ini juga sangat bergantung pada frekuensi menyusui (Jannah, 2018:38)

4) Metode amenorea laktasi dapat digunakan oleh :

- (a) Wanita yang menyusui secara eksklusif
- (b) Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan
- (c) Wanita yang belum mendapatkan haid pasca melahirkan
- (d) Dilakukan segera setelah melahirkan
- (e) Frekuensi menyusui sering dan tanpa jadwal
- (f) Pemberian ASI tanpa botol atau dot
- (g) Tidak mengonsumsi suplemen
- (h) Pemberian ASI tetap dilakukan baik ketika ibu/bayi sedang sakit

5) Kontraindikasi

- (a) Pasca melahirkan yang sudah mendapat haid
- (b) Tidak menyusui secara eksklusif
- (c) Bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam
- (d) Harus menggunakan metode kontrasepsi tambahan
- (e) Menggunakan obat yang mengubah suasana hati
- (f) Bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan

(Marmi, 2016:88)

b) Kondom

1) Pengertian Kondom

Menurut Biran Affandi (2012) kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.

2) Macam – macam Kondom

- (a) Kondom biasa
- (b) Kondom berkontur (Bergerigi)
- (c) Kondom beraroma
- (d) Kondom tidak beraroma

3) 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.

4) Efektivitas

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 212 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

(Arum,dkk.2011:46)



Gambar 2.12

Kondom

Sumber :Manuaba,2009:595

c) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1) Pengertian

AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga

atau juga mengandung hormon dan dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang. IUD berukuran kecil, plastic lentur dengan lengan atau kawat tembaga disekitarnya. Seorang pemberi layanan. yang terlatih secara khusus memasang pada Rahim wanita melalui vagina dan leher rahim.(Agus,dkk.2015:131).

2) Jenis – jenis IUD

(a) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastic yang fleksibel, berebentuk huruf T .diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga



Gambar 2.13
Cooper- T
Sumber: (Ambarwati ,2009)

(b) Multi load



Gambar 2.14
Multi load
Sumber: (Imbarwati, 2009)

IUD ini terbuat dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm.. Ada ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil)

(c) Lippes loop



Gambar 2.15
Lippes loop
Sumber: (Imbarwati, 2009)

IUD ini terbuat dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan control, dipasang benang pada ekornya.

Lippes loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru) tipe B 27,5 mm 9 (benang hitam) tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan 30 mm (tebal, benang putih) untuk tipe D. Keuntungan lain dari pemakaian spiral jenis ini ialah terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik. Yang banyak di pergunakan dalam program KB nasional adalah IUD jenis ini.

3) Cara Kerja

- (a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- (b) Memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- (c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dari kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- (d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

4) Keuntungan

- (a) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi.
- (b) AKDR dapat aktif segera setelah pemasangan,

- (c) Metode jangka panjang.
- (d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat – ingat.
- (e) Tidak memengaruhi hubungan seksual
- (f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu lagi takut hamil.
- (g) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
- (h) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus.
- (i) Membantu mencegah kehamilan ektopik

(Agus,dkk.2015:133)

5) Kerugian

Setelah pemasangan, beberapa ibu mungkin merasa nyeri dibagian perut dan pendarahan sedikit sedikit (sporting). Ini bisa berjalan selama 3 bulan setelah pemasangan. Tapi tidak perlu dirisaukan benar, karena biasanya setelah itu keluhan akan hilang dengan sendirinya. Tetapi apabila setelah 3 bulan keluhan masih berlanjut, dianjurkan untuk memeriksa ke dokter pada saat pemasangan, sebaiknya ibu tidak terlalu tegang, karena ini juga bisa menimbulkan rasa nyeri bagian perut. Dan harus segera ke klinik jika:

- (a) Mengalami keterlambatan haid yang disertai tanda tanda kehamilan: mual,pusing,muntah muntah.

(b) Terjadi pebdarahan yang lebih banyak (lebih hebat) dari haid biasa.

(c) Terdapat tanda tanda infeksi, semisal pemutihan,suhu badan meningkat,menggigil, dan lain sebagainya. Pendeknya jika ibu merasa tidak sehat.

(d) Sakit, misalnya diperut, pada saat melakukan senggama.

Segeralah pergi kedokter jika anda menemukan gejala gejala di atas

6) Efek samping

- (a)Perubahan siklus haid
- (b)Haid lebih lama dan banyak
- (c)Perdarahan (spotting) antar menstruasi,
- (d)Saat haid lebih sakit

7) Indikasi

- (a)Usia reproduktif
- (b)Keadaan nulipara
- (c)Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- (d)Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- (e)Risiko rendah dari IMS

8) Kontra Indikasi

- (a)Sedang hamil
- (b)Perdarahan vagina yang tidak diketahui
- (c)Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis)

(d)Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat memengaruhi kavum uteri.

(e)Penyakit trofoblas yang ganas.

(f) Diketahui menderita TBC pelvic

(g)Kanker alat genital.

(h)Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm

(Affandi,dkk.2014:MK-54)

9) Waktu pemasangan

Pemasangan IUD sebaiknya dilakukan pada saat:

(a)2 sampai 4 hari setelah melahirkan

(b)40 hari setelah melahirkan

(c) Setelah terjadinya keguguran

(d)Hari ke 3 haid sampai ke hari 10dihitung dari hari pertama.

(e)Menggantikan metode KB lainnya

(Sikarni I & Wahyu P, 2013:371 -375)

10) Cara pemasangan

(a) Pastikan klien telah mengosongkan kandung kemihnya.

(b) Lakukan pemeriksaan dalam dengan menggunakan speculum untuk menentukan ukuran, posisi, konsistensi dan mobilitas uterus.

(c) Masukkan lengan AKDR di dalam kemasan steril.

(d) Masukkan spekulum dan usap vagina dengan larutan antiseptic.

(e) Masukkan sonde.

(f) Pasang AKDR sampai pembatas warna biru sesuai ukuran kavum uteri. Tarik keluar tabung inserter setelah AKDR masuk.

d) Implan

1) Pengertian

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga sampai lima tahun.

Norplant, terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 levonorgestrel. 2 buah (Endo-plant) dan 1 buah (Implanon). *Sustained Released*. Dipasang di bawah kulit lengan atas tangan kiri (*right handed*). Progestogen (Levonorgestrel). (Manuaba, 2010:609).

2) Mekanisme Kerja

Konsep mekanisme kerjanya sebagai progesteron yang ada menghalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lendir serviks, dan menghalangi migrasi spermatozoa, dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi.

3) Keuntungan

(a) Dipasang selama lima tahun.

(b) Kontrol medis ringan

(c) Penyulit medis tidak terlalu tinggi

(d) Biaya ringan

4) Kerugian

(a) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur

(b) Berat badan bertambah

(c) Menimbulkan jerawat dan ketegangan payudara.

(d) Liang senggama terasa kering. (Manuaba, 2008:56)

5) Indikasi

(a) Usia reproduksi

(b) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang

(c) Ibu menyusui

(d) Tidak menginginkan anak lagi tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi)

(e) Pasca keguguran atau abortus

(f) Sering lupa mengonsumsi pil

(g) Wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen

(Kumalasari, 2015:280)

6) Kontraindikasi

(a) Hamil atau diduga hamil

(b) Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya

(c) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(d)Diabetes Militus

(e)Varises

(f) Penyakit jantung atau darah tinggi

(g)Tidak dapat menerima perubahan menstruasi yang terjadi

(Kumalasari, 2015:280)

7) Cara Pemasangan

(a)Lakukan anastesi local secara intracutan dan subdermal.

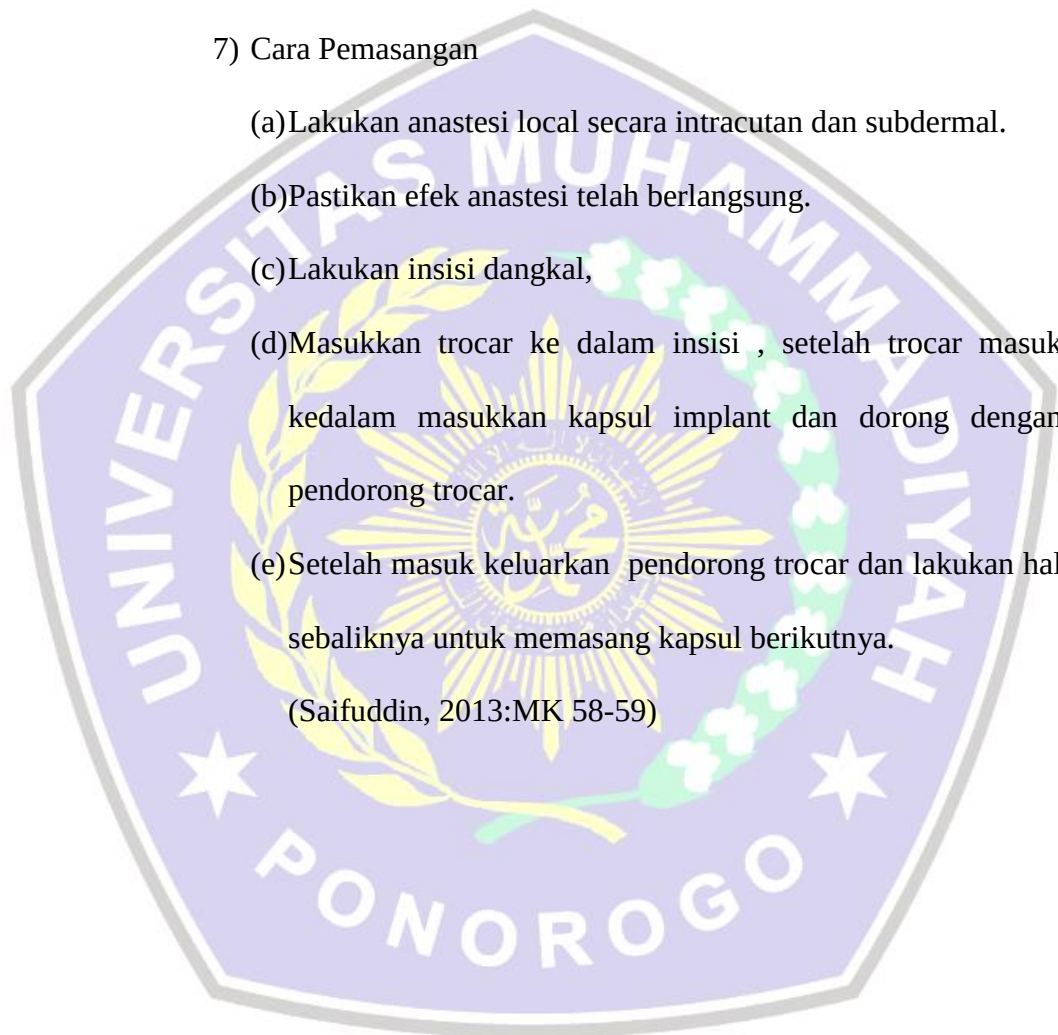
(b)Pastikan efek anastesi telah berlangsung.

(c)Lakukan insisi dangkal,

(d)Masukkan trocar ke dalam insisi , setelah trocar masuk kedalam masukkan kapsul implant dan dorong dengan pendorong trocar.

(e)Setelah masuk keluarkan pendorong trocar dan lakukan hal sebaliknya untuk memasang kapsul berikutnya.

(Saifuddin, 2013:MK 58-59)





Gambar 2.16
Alat kontrasepsi KB Implan
(Saifuddin, 2013)

e) Kontrasepsi Suntik

1) Pengertian

Menurut Saifuddin (2010:110), kontrasepsi adalah suatu cara untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bertujuan untuk menjarangkan kehamilan, merencanakan jumlah anak dan meningkatkan kesejahteraan keluarga agar keluarga dapat memberikan perhatian dan pendidikan yang maksimal pada anak.

Kontrasepsi suntikan adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal. Kontrasepsi hormonal jenis KB suntikan ini di Indonesia semakin banyak dipakai karena kerjanya yang efektif, pemakaiannya yang praktis, harganya relatif murah dan aman.

2) Klasifikasi KB suntik yaitu :

(a) Suntikan Kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 50 mg Estradiol Sipionat yang diberikan 1 bulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat.

(1) Cara Kerja

- (a) Menekan Ovulasi
- (b) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- (c) Perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu.
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(2) Efektivitas

Sangat efektif (0,1 – 0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan.

(3) Keuntungan

- (a) Risiko terhadap kesehatan kecil.
- (b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- (c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam

(4) Kerugian

- (a) Terjadi perubahan pola haid, perdarahan bercak / spotting.

(b) Mual, sakit kepala, keluhan ini akan hilang setelah suntikan kedua / ketiga.

(c) Penambahan berat badan.

(d) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian..

(Affandi, 2012: MK-43).

(5) Indikasi

(a) Usia reproduksi.

(b) memiliki anak atau belum memiliki anak.

(c) Ingin mendapatkan kontrasepsi

(d) dengan efektivitas yang tinggi.

(e) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan.

(f) Pascapersalinan dan tidak menyusui.

(g) Anemia

(h) Nyeri haid hebat.

(i) Haid teratur.

(j) Riwayat kehamilan ektopik.

(6) Kontraindikasi

(a) Hamil atau diduga hamil.

(b) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan.

(c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(d) Penyakit hati akut (Virus Hepatitis)

- (e) Riwayat penyakit jantung, stroke, hipertensi.
 - (f) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis.
 - (g) Keganasan pada payudara.
- (7) Cara penggunaan

Suntikan kombinasi diberikan setiap bulan secara IM. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah ditentukan, asal saja diyakini tidak hamil.

(Affandi, 2012: MK-45).

(b) Suntikan Progesterin.

Jenis suntikan progesterin ini adalah Depo Medroksiprogesteron Asetat, mengandung 150 DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler (di daerah bokong). Depo Noritisteron Enantat yang mengandung 200 mg Norestindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan secara IM. (Anwar, 2011:450).

(1) Cara kerja.

- (a) Mencegah ovulasi
- (b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan
- (c) kemampuan penetrasi sperma.

(d)Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.

(e)Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(2) Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikan teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

(3) Keuntungan

(a)Sangat efektif

(b)Pencegahan kehamilan jangka panjang

(c)Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.

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

(e)Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.

(f)Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.

(g)Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Affandi,2012:MK-43)

(4) Keterbatasan

(a)Sering ditemukan gangguan haid, seperti siklus haid memendek atau mempanjang, Perdarahan

yang banyak atau sedikit, Perdarahan tidak teratur dan bercak (spotting).

(b)Peningkatan berat badan

(c)Terlambatnya kesuburan setelah pemakaian.

(d)Terjadi perubahan lipid serum pada penggunaan jangka panjang.

(e)Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang.

(f) Pada penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, jerawat dll.

(Affandi, 2012: MK-43).

(5) Indikasi

(a)Usia reproduksi.

(b)Nulipara dan yang telah memiliki anak.

(c)Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.

(d)Pascasalin dan tidak menyusui.

(e)setelah abortus atau keguguran.

(f) sudah mempunyai banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.

(g)tidak bisa memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.

(h)sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

(i) mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan kontrasepsi pil kombinasi.

(6) Kontraindikasi

(a) Hamil atau dicurigai hamil.

(b) perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

(c)tidak dapat menerima gangguan haid, terutama *amenore*.

(d)menderita kanker payu dara atau riwayat kanker payudara.

(e)diabetes mellitus disertai komplikasi.

(f) Perokok.

(g)Tekanan darah kurang dari 180/110 dengan masalah gangguan pembekuan darah dan anemia bulan sabit.

(Affandi, 2012:MK:43-49).



Gambar 2.17
Alat kontrasepsi KB suntik
Affandi, 2012

f) Kontrasepsi mantap

1) Tubektomi

(a) Pengertian

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi merupakan metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang

(b) Efektivitas tubektomi:

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

(3) Efektivitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Affandi, 2012:MK-89).

Jarang sekali ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Keuntungan tubektomi adalah mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium. Resiko tubektomi: walaupun jarang, tetapi dapat terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anestesi. Penggunaan anestesi lokal sangat mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anestesi umum (Affandi, 2012:MK-89).

(c) Tubektomi Sesuai Untuk:

- (1) Pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi.
- (2) Ibu pascapersalinan.
- (3) Ibu menyusui.
- (4) Tidak ingin menggunakan kontrasepsi yang harus dipakai atau disiapkan setiap waktu.
- (5) Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan.

(6) Pengguna kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola haid. (Affandi,2012:MK-90).

(d) Profil tubektomi:

- (1) Sangat efektif pada faktor senggama.
- (2) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius.
- (3) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi local.
- (4) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
- (5) Tidak ada perubahan daam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium).

(Affandi,2012:MK-90)

(e) Keterbatasan tubektomi:

- (1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.
- (2) Klien dapat menyesal dikemudian hari.
- (3) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
- (4) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (5) Dilakukan oleh dokter terlatih (dokter spesialis ginekologi/spesialis bedah untuk proses laparoscopi).

(6) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk BBV dan HIV/AIDS

(f) Yang Dapat Menjalani Tubektomi:

- (1) Usia > 26 tahun.
- (2) Paritas > 2.
- (3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- (4) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
- (5) Pascakeguguran.
- (6) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

(Affandi,2012:MK-91)

(g) Yang Sebaiknya Tidak Menjalani Tubektomi:

- (1) Hamil.
- (2) Perdarahan vagina yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
- (3) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
- (4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- (5) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilisasi di masa depan.
- (6) Belum memberikan persetujuan tertulis.

(h) Kapan dilakukan:

- (1) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.
 - (2) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi).
 - (3) Pascapersalinan,
 - (a) Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.
 - (b) Laparoscopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.
 - (4) Pascakeguguran,
 - (a) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoscopi).
 - (b) Triwulan kedua: dalam waktu hai sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja).
- (Affandi,2012:MK-92).

2) Vasektomi

(a) Pengertian

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk

memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

Vasektomi:

- (1) Disebut juga sebagai metode kontrasepsi operatif lelaki.
- (2) Metode permanen untuk pasangan tidak ingin anak lagi.
- (3) Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vasikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen.
- (4) Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis.
(Affandi,2012:MK-95)

(b) Efektivitas Vasektomi:

- (1) Setelah masa engosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (2) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisi sperma) masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi

maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.

(3) Setelah 3 tahun enggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan.

(4) Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinan adalah:

(a) Pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi.

(b) Oklusi vas deferens tidak tepat.

(c) Rekanalisasi spontan.

(c) Manfaat

(1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang.

(2) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

(d) Keterbatasan tubektomi:

(1) Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi.

(2) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari.

(3) Perlu pengosongan depot sperma di vasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.

- (4) Resiko dan efek samping pembedahan kecil.
- (5) Ada nyeri/rasa tak nyaman pascabedah.
- (6) Perlu tenaga pelaksana terlatih

(e) Efek Samping, Resiko, dan Komplikasi tubektomi:

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang karena area pembedahan termasuk superficial, jarang sekali menimbulkan resiko merugikan pada klien.

Salah Persepsi Yang Harus Dikoreksi Terkait Vasektomi

- (1) Bukan kabiri atau kastrasi karena hanya vas deferens yang diikat, bukan testisnya.
- (2) Tidak mempengaruhi libido.
- (3) Tidak mempengaruhi fungsi seksual atau disfungsi ereksi.
- (4) Tidak membuat klien menjadi lemah atau kurang jantan.

(f) Vasektomi Sesuai Untuk Lelaki:

- (1) Dari semua usia reproduksi (biasanya < 50)
- (2) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen.
- (3) Yang istrinya mempunyai masalah usia, paritas atau kesehatan yang jika hamil dapat menyebabkan resiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwanya.

(4) Yang memahami asas sukarela dan member persetujuan tindakan medic untuk prosedur tersebut.

(5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan. (Affandi,2012:MK-93).

(g) Indikasi vasektomi

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas di mana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan atau kualitas keluarga (Affandi,2012:MK-98).

(h) Komplikasi vasektomi:

(1) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan. Komplikasi selama prosedur dapat berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain atau manipulasi berlebihan terhadap nyaman pembuluh darah di sekitar vas deferens.

(2) Komplikasi pascatindakan dapat berupa hematoma skotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi, epididimitis, atau peradangan kronik granuloma di

tempat insisi. Penyulit jangka panjang yang dapat mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibodi sperma (Affandi,2012:MK-95).

g) KB PIL

(1) Pengertian

Kontrasepsi pil adalah kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk tablet, yang mengandung hormone estrogen dan progesterone untuk mencegah kehamilan (Prawirohardjo, 2008:245).

(2) System kemasan KB pil

- (a) Sistem 28 : peserta KB pil terus minum KB pil tanpa pernah berhenti
- (b) Sistem 22/21 : peserta pil KB berhenti minum pil KB selama 7 sampai 8 hari dengan mendapat kesempatan menstruasi (Manuaba,2010:135)

(3) Keuntungan memakai KB pil

- 2 Efektivitasnya tinggi. Dapat dipercaya jika diminum sesuai aturan
- 3 Tidak mengganggu kegiatan seksual suami istri
- 4 Siklus haid menjadi teratur
- 5 Pemakai pil dapat hamil lagi, jika dikehendaki, kesuburan dapat kembali dengan cepat

- 6 Dapat menghilangkan keluhan nyeri haid (*dismenorea*)
- 7 Dapat mengobati wanita dengan perdarahan yang tidak teratur
- 8 Dapat mengobati perdarahan haid pada wanita masa muda.

(4) Kerugian memakai KB pil

- (a) Pil harus di minum tiap hari, sehingga kadang- kadang merepotkan
- (b) Motivasi harus kuat
- (c) Adanya efek samping, walaupun sifatnya sementara, umpamanya mual, sakit kepala, muntah, buah dada jadi nyeri
- (d) Kadang- kadang setelah berhenti minum pil dapat timbul *amenorea* yang persisten
- (e) Untuk golongan masyarakat tertentu harganya masih mahal (Saifuddin, 2009:98).

(5) Waktu mulai menggunakan KB pil

- (a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil
- (b) Hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- (c) Boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke-8 sampai hari ke-14/ tidak melakukan

hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut

- (d) Setelah melahirkan : setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pasca keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari)
- (e) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid, (Saifuddin,2010:94)

(6) Cara Kerja

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Mencegah implantasi
- (c) Mengentalkan lendir serviks
- (d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu (Saifuddin,2010:94)

(7) Jenis- jenis KB pil

- (a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.
- (b) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi

- (c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

(8) Efektifitas KB pil

Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5-99,9% dan 97%

(9) Keuntungan KB pil

- (a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- (c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- (d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- (e) Mudah dihentikan setiap saat
- (f) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- (g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, *acne*, *dysmenorrhea* (Handayani, 2010:56)

(10) Kekurangan KB pil

- (a) Pil harus diminum setiap hari, sehingga kadang-kadang merepotkan.
- (b) Motivasi harus kuat

- (c) Adanya fek samping walaupun sifatnya sementara, umpamanya mual, sakit kepala, muntah, buah daa jadi nyeri
 - (d) Kadang- kadang setelah berhenti minum pil dapat timbul *amenorea* yang pesisten
 - (e) Untuk golongan pnduduk tertentu harganya masih mahal
- (Saifuddin,2008:80)



Gambar 2.18
Alat kontrasepsi KB Pil
Saifuddin,2008

2.2 KONSEP DASAR ASUHAN DASAR KEBIDANAN

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

A. Pengkajian Data

1. Data Subjektif

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

a) Identitas

1) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama, alamat dan nomer telepon .

2) Umur

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

3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut mengarahkan atau membimbing pasien dalam berdoa.

4) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi dan data pendukung untuk menentukan pola komunikasi yang akan di pilih selama asuhan yang di lakukan.

5) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah, terutama jika berhubungan dengan usia yang muda berhubungan erat dengan perawatan yang tidak adekuat serta pengetahuan klien tentang asuhan kehamilan. Sehingga dapat memberikan gambaran pada kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2014:155).

6) Alamat

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

b) Keluhan Utama

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:540-543), keluhan pada kehamilan trimester III yaitu antara lain:

1) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan

hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan akan mengakibatkan kongesti pada vena panggul

2) Sering BAK/Nokturia

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

3) Kram tungkai

Penyebab kram tungkai yaitu uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf sementara saraf ini melewati foramen oburator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

4) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian

presentasi juga dapat menurunkan motilitas pada saluran gastrointestinal sehingga menyebabkan konstipasi.

5) Sesak nafas

Uterus mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm.

6) Odema dependen

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

7) Nyeri ulu hati

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

8) Nyeri punggung bawah

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

c) Riwayat kesehatan

1) Penyakit yang pernah di alami (yang lalu)

Ibu yang mempunyai riwayat kesehatan yang buruk atau ibu dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya.

(Marmi, 2014:108).

1) Penyakit yang pernah di alami (sekarang)

(a) Hipertensi

Hipertensi pada kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin dan maternal. Komplikasi yang di kaitkan dengan preeklamsia berat meliputi : gagal ginjal akut, gagal janin, hemoragi serebral, gangguan plasenta, dan kematian maternal dan janin. (Walsh, 2012 : 416).

(b) Diabetes militus-tergantung insulin (IDDM)

Wanita *Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)* dapat meningkatkan insiden hipertensi, preeklamsi yang akan memperburuk perjalanan persalinan. Janin berisiko tingi mengalami kelainan kongenital dan mungkin memiliki ukuran besar atau berukuran sangat besar (makrosomia), yang dinggap sebagai komplikasi

pada periode intrpartum yang berisiko terjadi persalinan lama, distosia bahu, dan lahir operasi.

(Varney,et al.2007:636).

(c) Infeksi TORCH

Infeksi TORCH meliputi: rubella, sitomegalovirus, toksoplasmosis, herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama: kutilan, abortus, mikrosefalus, prematuritas, dan pertumbuhan janin terlambat.

(d) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin (Marmi, 2014:161).

(e) Penyakit paru

(1) Bronkitis dan influenza

Bronkitis dan influenza pada kehamilan dijumpai ringan sehingga tidak membahayakan jiwa ibu maupun janin. Dengan pengobatan biasa sebagian besar sembuh sehingga kehamilan dapat berlangsung (Manuaba, 2010:340).

(2) Asma

Penyakit asma dan kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kelamin. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan tukaran O_2 dan CO_2 . (Manuaba, 2010:336).

(3) Tuberkolusis

Apabila bidan menjumpai penyakit tuberkolusis aktif dengan kehamilan sebaiknya merujuk ke tempat yang memiliki fasilitas yang cukup (Manuaba, 2010:336).

(f) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relatif mudah. Anemia dalam kehamilan disebut "*potensial danger to mother and child*" (potensi membahayakan ibu dan anak), oleh sebab itu anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan (Manuaba, 2010:336).

(g) Infeksi Ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang yang menyebabkan kematian ibu janin (Manuaba, 2010:337).

(h) HIV / AIDS

Transmisi vertikal merupakan penyebab tersering infeksi HIV pada bayi dan anak-anak. Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi intrauterin, saat persalinan, dan pascapersalinan. Kelainan yang dapat terjadi pada janin adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Saifuddin, 2010:933).

d) Riwayat kesehatan keluarga

Informasi keluarga klien sangat penting untuk mengidentifikasi ibu yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi

yang menderita penyakit genetik. Kejadian kehamilan ganda juga di pengaruhi oleh faktor genetic atau keturunan.

e) Riwayat kebidanan

Data ini penting diketahui tenaga kesehatan sebagai data acuan jika pasien mengalami penyulit kehamilan.

1) Menstruasi

Riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus (TP). Taksiran partus dihitung dengan menambah 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang di alami ibu (Fraser dkk, 2009:251).

Metode ini mengasumsikan bahwa :

- (a) Konsepsi terjadi 14 hari setelah hari pertama haid terakhir, hal ini di anggap benar hanya jika ibu memiliki siklus menstruasi yang teratur.
- (b) Periode perdarahan yang terakhir merupakan menstruasi yang sebenarnya, implantasi ovum dapat dapat menyebabkan sedikit perdarahan .

Menurut Marmi (2011:137) gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele $H+7 \ B-3 \ th+1$ untuk siklus 28 hari. Sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus $H+14 \ B-3 \ Th+1$. Informasi tambahan tentang siklus menstruasi yang harus

diperoleh mencakup frekuensi haid dan lama perdarahan. Jika menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan. Dan tentang haid meliputi:

(1) Menarche

Usia pertama kali mengalami menstruasi. Wanita Indonesia umumnya mengalami menarche sekitar 12-16 tahun.

(2) Siklus

Jarak antara menstruasi yang di alami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari. Biasanya sekitar 23-32 hari.

(3) Volume

Data ini menjelaskan beberapa banyak darah menstruasi yang di keluarkan..

(4) Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi, misalnya nyeri hebat, sakit kepala, sampai pingsan dan jumlah darah yang banyak ada beberapa keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat menunjukkan kepada diagnosis tertentu. (Sulistyawati, 2011:167).

f) Riwayat kehamilan yang lalu

Riwayat ini mencakup jumlah kehamilan, usia gestasi saat kehamilan berakhir, tipe kehamilan, lama persalinan, berat lahir ketika persalinan terjadi dipertengahan masa hamil, jenis kelamin anak, komplikasi, riwayat kesehatan anak terakhir dan lingkungan yang menyebabkan keguguran.

g) Riwayat Persalinan yang lalu

Riwayat ini mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011:158).

h) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada komplikasi seperti perdarahan post partum dan infeksi pada masa nifas. Maka diharapkan masa nifas sekarang juga tidak terjadi komplikasi.

i) Keluarga Berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery* (EDD), dan karena penggunaan metode lain dapat membantu mengenali kehamilan. (Marmi, 2014:158).

j) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

(a) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan misalnya : kacang-kacangan atau hewani misalnya ikan, keju, susu, telur , ayam.

(b) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium dapat diperoleh dari , keju, yogurt, susu, kalsium bikarbonat.

(c) 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. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

(d) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang

berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil. (Saifuddin, 2010:92)

2) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh ibu primigravida setelah *lightening*. *Lightening* menyebabkan bagian presentasi janin akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2014:134).

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormon progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi. (Marmi, 2014:137).

3) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan ibu hamil, maka dari itu bidan perlu mengenali kebiasaan istirahat ibu supaya diketahui

hambatan yang mungkin muncul jika didapatkan data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat.

(Sulistyawati, 2011:170).

4) Aktifitas

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang beberapa berat aktifitas yang biasa dilakukan oleh pasien di rumah.

5) Personal Hygiene

Personal hygiene diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Menurut Marmi (2011:120). Kebersihan yang perlu diperhatikan antara lain:

(a) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan yaitu pada trimester 1 dan 3. Dianjurkan untuk gosok gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan gingivitis.

(b) Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus dijaga selama kehamilan. Perubahan anatomi pada perut, area genetalia atau lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinfeksi oleh

mikroorganisme. Gunakan pakaian longgar, bersih dan aman.

(c) Perawatan payudara

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

(d) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus di jaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, memakai celana yang selalu bersih

6) Aktifitas seksual

Walaupun ini hal yang sangat privasi bagi pasien namun bidan harus menggali dari kebiasaan ini. Dengan teknik komunikasi yang nyaman mungkin, bidan menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan aktifitas seksual melalui pertanyaan sebagai berikut :

(a) Frekuensi

Kita tanyakan berapa kali melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

(b) Gangguan

Kita tanyakan apakah pasien mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, misalnya nyeri pada saat melakukan hubungan, adanya ketidakpuasan dengan suami, kurangnya keinginan untuk melakukan hubungan seksual.(Sulistyawati, 2011:172).

7) Riwayat ketergantungan

(a) Rokok

Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko.

(b) Alkohol

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

(c) Obat – obatan terlarang

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

8) Latar belakang sosial budaya

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

9) Dukungan situasional

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

2. Data Objektif

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

Langkah-langkah pemeriksaan sebagai berikut :

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 respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

2) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri.

3) Sikap tubuh ibu

Keadaan punggung ibu dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli. 2011:172).

b) Tanda-tanda vital (TTV)

1) Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik. Perubahan 30 mmHg sistolik dan 15 mmHg diastolik di atas tekanan darah sebelum hamil, menandakan toxemia gravidarum (keracunan kehamilan). (Hani dkk,2010:91).

8) Nadi

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

9) Pernapasan

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

10) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah $36-37^{\circ}\text{C}$. bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi.

c) Antropometri

1) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering

berhubungan dengan tinggi badan adalah keadaan rongga panggul. (Mandriawati, 2008:L185)

1) Berat Badan (BB)

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2010:180).

Tabel : 2.8
Rekomondasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh

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

Sumber : Saifuddin, 2011

2) LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK). (Jannah, 2012:173).

d) Pemeriksaan fisik

1) Rambut

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Sulistyawati, 2011:175).

2) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* pada daerah wajah akibat dari pengaruh hormon kortikosteroid. Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeclampsia*.

3) Mata

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

3) Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak. (beaty,2012:122).

4) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih. Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan

kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*.

5) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romaui, 2011:174)

6) Leher

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

7) Aksila / ketiak

Normal apa tidak ada kelainan atau tidak. Dalam kehamilan biasanya ketiak mengalami hiperpigmentasi (Romaui,2011:174)

8) Dada

Normal apabila tidak ada retraksi dinding dada tidak ada wheezing dan ronhchi, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada massa abnormal.(Romaui, 2011:174).

9) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah

mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya.(Romauli, 2011:174).

10) Abdomen

Bentuk simetris, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livide, dan terdapat pembesaran abdomen Pada primigravida perut tegang, menonjol dan dapat striae livida akibat dari pergangan uterus. Pada multigravida perut lembek, menggantung serta dapat striae livida dan albikan (Manuaba, 2010:125).

11) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi, dan memar. Pemeriksaan menyeluruh biasanta dilakukan dengan memisah labia mayora dari minora dan dengan perlahan menarik ujung klitoris. Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini. Kondiloma akuminata

berbentuk seperti kembang kubis (*cauliflower*) dengan ditengahnya jaringan ikat akan di tutup terutama bagian atas oleh epitel dengan hyperkeratosis. Penyakit terdapat dalam bentuk kecil dan besar, sendirian atau suatu kelompok. Lokasinya di vulva, perineum, perineal, pada vagina dan serviks uteri. Selain itu, biasanya juga terdapat leukore. Kondiloma akumiata menandakan adanya penyakit gonore. Sedangkan kondiloma lata mempunyai ciri berbentuk bundar, pinggirnya basah dan ditutup oleh eksudat yang berwarna kelabu. Adanya kondiloma lata ini mempunyai arti diagnostic adanya penyakit sifilis. (Winkjosastro, 2009:274).

12) Anus

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

13) Ekstremitas

Menurut Manuaba (2010:108), varises terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesterone, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Verises terjadi di kaki dan

betis. Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia

a) Pemeriksaan khusus

1) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan digunakan untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita

(3) Rahim dibawa ke tengah

(4) Tinggi fundus uteri ditentukan

(Marmi, 2014:167).



Gambar 2.19
Posisi Leopold I

Sumber: Manuaba, 2010:118

(b) Leopold II

Tujuannya adalah untuk menentukan dimana punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

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

- (3) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang. (Marmi, 2014:167).

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

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



Gambar 2.20
Posisi Leopold II

Sumber: Manuaba, 2010:118

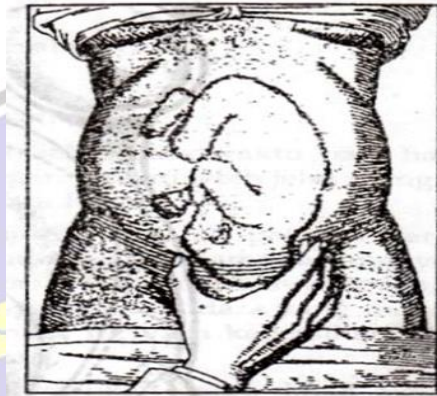
(c) Leopold III

Tujuannya untuk mengetahui apa yang ada pada bagian bawah dan bagian bawah sudah terpegang oleh Pintu Atas Panggul besar.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

- (1) Dipergunakan satu tangan saja
- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan.

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP).(Marmi, 2014:168).



Gambar 2.21
Posisi Leopold III
Sumber: Manuaba, 2010:119

(d) Leopold IV

Tujuannya guna menentukan bagian bawah dalam Rahim dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut ke dalam PAP.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien.
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

- (3) Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luas (Marmi, 2014:168).



Gambar 2.22

Posisi Leopold IV

Sumber: Manuaba, 2010:119

2) Penurunan bagian terbawah janin

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan).

Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

- (a) 5/5 bagian terbawah janinn seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.

- (b) $\frac{4}{5}$ jika sebagian $\frac{1}{5}$ bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.
- (c) $\frac{3}{5}$ jika sebagian $\frac{2}{5}$ bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul.
- (d) $\frac{2}{5}$ jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan $\frac{3}{5}$ bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).
- (e) $\frac{1}{5}$ jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan $\frac{4}{5}$ bagian telah masuk kedalam rongga panggul.
- (f) $\frac{0}{5}$ bagian terbawah janin sudah tidak dapat di raba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (pelatihan APN Buku Acuan, 2008).

Berikut ini metode lima jari (perlindungan) menurut Marmi (2011:149) dapat dilihat dalam

Tabel 2.9
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem
Perlindungan

Periksa Luar	Periksa Luar	Keterangan
 =5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
 =4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum panggul
 =3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 =1/5	H III-IV	Kepala didasarpanggul
 =0/5	H IV	Di perineum

Sumber :Marmi, 2011

2) Pemeriksaan Osborn Tes

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

- (a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (b) Tangan kiri mendorong kepala janin masuk PAP.

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila lebar tonjolan lebih dari 2 jari, maka hasil test Osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu ($\pm$). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukiran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase).

(Yeyeh, 2011:355).

3) Tinggi Fundus Uteri

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

4) Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2009:89) cara untuk menentukan usia kehamilan :

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

5) Taksiran Berat Janin (TBJ)

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

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

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah.

Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

(Jannah, 2012:85).

Tabel 2.10
Tafsiran Berat Janin Sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Panjang Janin	Berat Badan Janin
4 minggu	0,4-0,5 cm	0,4 gram
8 minggu	2,5-3 cm	2 gram
12 minggu	6-9 cm	19 gram
16 minggu	11,5-13,5 cm	100 gram
20 minggu	16-18,5 cm	300 gram
24 minggu	23 cm	600 gram
28 minggu	27 cm	1100 gram
30- 31 minggu	31 cm	1800-2100 gram
36-40 minggu	35-40 cm	2900 – 3500 gram

Sumber: (Bobak.2008)

6) Auskultasi

Menurut Marmi (2011:188) bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia. Pemeriksaan secara auskultasi dapat digunakan untuk menghitung DJJ yaitu menghitung DJJ dengan interval 5 detik, ialah 5 detik pertama dihitung, kemudian selama 5 detik, dihitung lagi 5 detik kedua, berhenti dan hitung 5 detik ketiga, lalu jumlahkan dan dikali 4. DJJ dinyatakan teratur jika denyut antar 5 detik pertama, ketigadan kelima tidak lebih dari 2 denyutan kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat

misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, lima detik ke lima dalam satu menit adalah :

- (a) (11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal
- (b) (10-14-9) kesimpulan tidak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfeksia
- (c) (8-7-8) kesimpulan teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

b) Pemeriksaan panggul

1) Pemeriksaan Panggul luar

Ukuran-ukuran luar tidak dapat digunakan untuk penilaian, apakah persalinan dapat berlangsung secara biasa atau tidak, walaupun begitu ukuran luar dapat memberikan petunjuk pada kita akan kemungkinan panggul sempit.

Ukuran-ukuran luar yang terpenting yaitu :

(a) Distansia cristarum

Jarak yang terjauh antara crista iliaka kanan dan kiri (26-29 cm).

(b) Distansia spinarum

Jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (23-26 cm).

(c) Ukuran lingkaran panggul

Dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaka anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak yang lain (80-90 cm).

(d) Konjugata eksterna (Baudeloque)

Jarak antar pinggir atas simpisis dan ujung proses spinosus ruas tulang lumbal ke lima (18-20).

(Marmi, 2011:171).

2) Pemeriksaan panggul dalam

Menurut Marmi (2011:176) jarak minimal antara tulang kemaluan dengan promontorium yaitu 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit. Panggul tengah diukur dengan cara memeriksa spina isciadika atau tonjolan tulang panggul yang teraba menonjol atau tidak dan sudut tulang kemaluan lebih dari 90 derajat dan interuberosum lebih dari 8 cm untuk mengetahui panggul bawah luas. Dapat diperiksa dengan pengukuran panggul dalam ialah:

(a) Apakah linea inominata teraba seluruhnya atau sebagian.

(b) Apakah os sacrum mempunyai inklinasi ke depan dan belakang.

- (c) Apakah kedua spina isciadika menonjol atau tidak.
- (d) Apakah sudut arcus pubis cukup luas atau tidak
- (e) Apakah promotorium teraba atau tidak.
- (f) Apakah tidak ada tumor (eksotosel) pada permukaan belakang simpisis.

c) Pemeriksaan penunjang

1) *Ultrasonografi (USG)*

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan beberapa cara yaitu :

- (a) Dengan mengukur jarak kepala-bokong Groun Rum Length (GRL) untuk kehamilan 7-14 minggu
- (b) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan Gestationalsac (GS) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- (c) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45).

1) *NST (Non Stress Test)*

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

- (a) Sebelum pemeriksaan dimulai, lakukan pengukuran tensi, suhu, nadi dan frekuensi pernafasan ibu. Kemudian selama pemeriksaan dilakukan, tensi diukur setiap 10-15 menit (hasilnya dicatat pada kertas KTG).
- (b) Pasien berbaring dalam posisi semi flowler, dan sedikit miring ke kiri. Hal ini berguna untuk memperbaiki sirkulasi darah ke janin dan mencegah terjadinya hipotensi.
- (c) Perhatikan frekuensi dasar DJJ (normal antara 120-160 dpm).
- (d) Setiap terjadi gerakan janin berikan tanda pada kertas KTG. Perhatikan apakah terjadi akselerasi DJJ (sedikitnya 15 dpm).
- (e) Perhatikan variabilitas DJJ (normal antara 5-25 dpm).
- (f) Lama pemeriksaan sedikitnya 20 menit (Marmi, 2011:190).

2) Laboratorium

- (a) Haemoglobin (Hb)

Menurut Manuaba (2010:239) pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu

pada trimester I dan trimester III. Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g% : tidak anemia

Hb 9-10 g% : anemia ringan

Hb 7-8 g% : anemia sedang

Hb <7 g% : anemia berat

(b) Pemeriksaan urine

Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain :

(1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hyperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

(2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit. Reduksi

urine untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, dilakukan pada pada kunjungan pertama kehamilan. Reduksi urine diperiksa dengan cara urine ditetesi fehling A dan B dengan

perbandingan 1:2:2 kemudian dibakar. Kriteria hasilnya :

Hijau jernih/biru : negative

Hijau keruh :positif 1/+

Hujau keruh, kekuningan, (1-1,5%) : positif
2/++

Jingga/kuning keruh (2-3,5%): glukosa

Merah kekuningan, keruh/merah bata : 3,52
glukosa.

- (3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan. Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan kunjungan trimester III. Urine dipaksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warna lagi

3) Kartu skor poedji rochyati

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor poedji Rochyati. Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan atau dokter dan kehamilan resiko tinggi (KRST) dengan skor >12 di tolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12a).

A. Diagnosa kehamilan

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 983/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logi untuk menegakkan diagnose 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 : $G_{1/>1}$ P_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal ,keadaan ibu dan janin baik.(Manuaba, 2012:123).

B. Perencanaan

1. Diagnosa

Dx: G...P...A...P...I...A..H usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleski, posisi puka/puki, presentasi kepala, kesan janin lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Fathma, 2014:88).

Tujuan :setelah dilakukan asuhan kebidanan, klien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas..

- KU :1) keadaan umum baik
- 2) kesadaran komposmentis
- 3) tanda-tanda vital TD : 100-130/90 mmHg, Nadi 76-88 x/menit, Suhu 36,5-37,5 °C, RR : 16-24 x/menit
- 4) pemeriksaan laboratorium
- 5) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- 6) TFU sesuai dengan usia kehamilan
- 7) situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut Varney (2007:554)

- (a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

- (b) Lakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 10T.

R/ pemeriksaan 10 T merupakan standar yang dapat mencakup dan mendeteksi secara dini adanya resiko dan komplikasi.

- (c) Anjurkan klien agar memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai dengan usia kehamilannya.

R/ deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin.

(d) Anjurkan pada klien untuk beristirahat dan mengurangi kerja berat.

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

(e) Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan kaki agak ditinggikan

R/ Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

(f) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada kehamilan trimester III.

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

(g) Jelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan yang darurat.

(h) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu.

(i) Jelaskan pada ibu tentang tanda tanda persalinan.

R/Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

2. Masalah

a) Masalah I : Sering berkemih/Nokturia

Tujuan :Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia).

Kriteria: 1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi Varney (2007:555):

(1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

R/Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

(2) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(4)Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

b) Masalah 2 : Sakit pinggang

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan, diharapkan klien mengerti penyebab sakit pinggang.

Intervensi Varney (2007:555):

(a) Jelaskan tentang penyebab sakit pinggang.

R/ titik berat badan pindah ke depan karena perut yang membesar. Hal ini diimbangi lordosis yang menyebabkan spasme otot pinggang.

(b) Anjurkan klien untuk memakai sandal atau sepatu bertumit rendah.

R/ hal ini akan mengurangi beban klien.

(c) Anjurkan klien untuk istirahat yang cukup.

R/ terjadi relaksasi sehingga aliran darah ke seluruh tubuh lancar.

(d) Jelaskan pada klien bahwa sakit pinggang akan menghilang setelah melahirkan.

R/ dengan berakhirnya kehamilan, postur tubuh kemabli seperti semula. (Varney et al,2007) .

c) Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi Varney (2007:556):

(a) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur.

R/Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

- (b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet.

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras.

- (c) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong).

R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

- (d) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

d) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria: 1) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi:

- (a) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

- (b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.

R/Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

- (c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

- (d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- (e) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

- (f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

(Varney,et al.2008:558)

e) Masalah 5 : Edema dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

KH : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi:

(a) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

(b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/ Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

(c) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

(d) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

(e) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melongarkan tekanan pada vena-vena panggul. (Varney, et al. 2008:539).

f) Masalah 6 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : 1)Kram pada kaki berkurang

2)Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi:

(a) Jelaskan penyebab kram kaki.

R/Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

(b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/Senam hamil memperlanca peredaran darah, suplai O_2 ke jaringan sel terpenuhi.

(c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/Mengurangi penekanan yang laman pada kaki sehingga aliran darah lancar.

(e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang. (Varney,et al.2008:539).

g) Masalah 7 : Nyeri punggung bawah

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung).

Kriteria : Nyeri punggung berkurang.

Intervensi:

(a) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satuaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukkan kaki.

R/Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung.

(b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

(c) Anjurkan tidur miring kirir dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(d) Gunakan sepatu tumit rendah.

R/Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

(e) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan. (Varney,et al.2008:540)

h) Masalah 8 : Varises

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises

tidak bertambah parah.

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi:

(a)Kenakan kaos kaki penyokong

R/Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

(a)Hindari menggunakan pakaian ketat

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

(b)Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk

R/Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

(c)Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur

R/Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

(d)Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

i) Masalah 9: Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : 1) Ibu tampak tenang dan rileks

2) Ibu tampak tersenyum

3) Suami dan keluarga memberikan dukungan.

Intervensi (Varney,(2007:503-504):

(a) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

(b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/Selain meperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

(c) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif

R/Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologis seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan.

j) Masalah 10: Panas dan Nyeri Uluh Hati (Pirosis)

Tujuan :Setelah dilakukan penyuluhan, masalah nyeri uluh hati bisa teratasi

Kriteria : Uluh hati tidak terasa nyeri

Intervensi menurut Varney *et al* (2007:542) :

(a) Jelaskan penyebab nyeri uluh hati pada akhir kehamilan

R/ Ibu mengetahui bila nyeri uluh hati sering terjadi pada ibu hamil dengan mengerti penyebabnya

- (b) Anjurkan ibu menghindari makanan penstimulus (kopi, alkohol, coklat, dan lemak)

R/ Menekan motilitas lambung dan sekresi asam lambung

- (c) Anjurkan ibu menghindari makanan-makanan yang dingin dan minum bersamaan makan

R/ Menghambat sekresi asam lambung

- (d) Hindari makanan atau berbaring selama tiga jam sebelum tidur

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

- (e) Anjurkan ibu makan dalam porsi kecil tapi sering untuk menghindari lambung terlalu penuh

R/ Lambung yang terlalu penuh merupakan sebab dari nyeri uluh hati.

k) Masalah 11: sesak nafas

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria : 1) frekuensi pernafasan 16-24x/menit
2) ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Serri (2013:152) :

(a)Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ untuk merelaksasikan otot

(b)Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi

R/ menghindari penekanan diafragma

(c)Anjurkan ibu untuk tidak menghisap asap rokok

R/ agar pernafasan ibu tidak terganggu

(d)Anjurkan ibu menghindari kerja berat

R/ aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂

1) Masalah 12: pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan :ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya sehingga ibu tidak cemas

Kriteria : 1) Pusing berkurang
2) kesadaran komposmentis

3) tidak terjadi jatuh atau hilang kesadaran

Intervensi menurut Marmi (2014:142)

(a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis

(b) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ agar ibu tidak terjatuh pada saat bangun tidur

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

R/ kekurangan O_2 karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing

(d) Jelaskan kepada ibu untuk menghindari posisi terlentang

R/ agar sirkulasi O_2 ke otak lancar

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif*, dan *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan KH :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).

3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
4. Melibatkan klien/pasien.
5. Menjaga privacy klien/pasien.
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melakukan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang

sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar

4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
 - S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
 - O : adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan
 - A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
 - P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan

1. Pengkajian Data

1. Data Subyektif

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

a) Identitas

1) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama, alamat dan nomer telepon.

2) Umur

Usia dapat mempengaruhi keadaan persalinannya. wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden preeklapsia dan abrupcio plasenta.

Persalinan yang lama pada nulipara, seksiosesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin(Varney,et al. 2008:134).

3) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga dan pada saat persalinan. (Manuaba, 2010:117).

4) Pendidikan terakhir

Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Tingkat pendidikan ini akan sangat mempengaruhi daya tangkap dan tangakap pasien terhadap instruksi yang di berikan bidan pada saat persalinan. (Romauli, 2011:124).

5) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi,pola sosialisasi,dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan. (Manuaba 2010:117-120)

6) Suku dan bangsa.

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang di anut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan.

7) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien,data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalian.ini mungkin

berkaitan dengan keluhan terakhir, atau tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat kelokasi persalinan. (Sulistyawati.2010:56).

b) Keluhan utama

Tanda-tanda persalinan adalah:

- 1) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- 2) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- 3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. (Manuaba.2012)

c) Riwayat kesehatan yang lalu

1) Epilepsi

Wanita penderita penyakit ayan (epilepsi) dapat menjadi hamil. Kehamilan tidak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakitnya banyak mempengaruhi jalannya penyakit, sebaiknya penyakit banyak mempengaruhi kehamilan, persalinan, dan nifas (Mochtar, 2011:86).

2) Hipertensi

Ibu penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan premature atau mati dalam kandungan. Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu maupun anak. Angka kematian anak kira-kira 20%.

(Wiknjosastro, 2009:80).

1) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah

kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan. (Saifuddin, 2009:90).

2) Asma

Pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan persalinan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2010:336).

3) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010:336).

4) Gonore

Infeksi gonore selama kehamilan telah diisolasi dengan pelpic inflammatory disease (PID). Pada tahap lanjut, neisseria gonorrhoeae diisolasi dengan ruptur membrane yang premature, kelahiran premature.

(Saifuddin, 2011:56).

5) Diabetes mellitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2011:83).

d) Riwayat Kesehatan Sekarang

Penyakit yang dapat mempengaruhi persalinan yaitu

- 1) Anemia dalam kehamilan memberi pengaruh kurang bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan maupun nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyulit dapat timbul akibat anemia, seperti abortus, partus prematurus partus lama akibat inersia uteri, perdarahan pasca salin karena atonia uteri, syok, infeksi intrapartum maupun pasca salin, anemia yang sangat berat dengan Hb<4 g% dapat menyebabkan dekompensasi kordis.

(Wiknjosastro, 2009:407).

- 2) Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita gonore dapat menderita konjungtivitis, gonore neonatorum atau disebut juga blenore neonatorum (Wiknjosastro, 2009).

- 3) Bahaya parices dalam persalinan, baik di vulva/vagina maupun yang ditungkai ialah kemungkinan pecahnya pembuluh darah. Selain bahaya perdarahan yang mungkin

berakibat fatal, dapat pula terjadi emboli udara (Wiknjosastro, 2009:407).

e) Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang berisiko menderita penyakit genetik yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau berisiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang rasa atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:85).

f) Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi

(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 ± 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

(c) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid ± 28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus neagele yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1. (Marmi, 2011:123).

g) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (Marmi, 2011:158)

h) Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011:158).

i) 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. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:201).

j) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

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, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT₅), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (Saifuddin,2009:90).

k) Riwayat keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menunda kehamilan. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2011:158).

l) Pola kehidupan sehari-hari

1) Nutrisi

Status nutrisi seorang wanita memiliki efek samping langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin dan wanita memiliki motivasi tinggi untuk mempelajari gizi yang baik. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil adalah 300kal/hari dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, mineral, air). Adanya his berpengaruh terhadap keinginan atau selera makan yang menurun (Marmi,2011:158).

2) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi,2011:159).

3) Personal hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipakai lagi (Marmi, 2011:159).

4) Riwayat seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme dikoordinasikan selama masa hamil

untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester ke tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi,2011:160).

5) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin telah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I – IV (Marmi, 2011:160).

m)Riwayat ketergantungan

1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya.

2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:160).

1) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011:160)

n) Psikososial Dan Spiritual

1) Mood yang berubah sering terjadi dan dorongan energi juga dapat di alami.

2) Sebagian mungkin memandang kontraksi yang dialami sebagai kekuatan positif yang memotivasi dan memberikan

kehidupan. Sebagian lain mungkin merasakan kontraksi ini sebagai rasa nyeri dan melawan kontraksi tersebut

3) Seorang ibu dapat menyambut peristiwa ini dengan perasaan senang karena sebentar lagi ia akan melihat bayinya, ibu yang lain mungkin merasa gembira karena pada akhirnya kehamilannya ini akan berakhir dan ia mengalami berbagai kesukaran.

4) Sejalan dengan kemajuan persalinan, ibu dapat merasa kurang percaya diri terhadap kemampuan kopingnya menghadapi sifat kontraksi yang sangat kuat yang mengendalikan tubuhnya.

(Fraser,et al.2009:453)

o) Riwayat sosial dan budaya

Sosial budaya diindonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu, sebagai contoh dalam hal makanan, bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan kepada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny,2010:55).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

1. Keadaan umum

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

(a) Baik

Jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan, dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.

(b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2011:174).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/ acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), sopor comatis (keadaan seperti tertidur

lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan sadar, tidak ada respon dan tidak bisa dibangunkan) (Sulistyawati, 2011:155).

2. Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011:129).

(b) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80 – 90 x/menit

(Marmi, 2011:129).

(c) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1⁰ C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini. Suhu tubuh normal 36 -37,5⁰C (Marmi, 2011:130).

(d) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Untuk mengetahui fungsi system pernafasan, normalnya 16-24x/menit (Marmi, 2011:130).

3. Antropometri

(a) TB

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2011:163).

(b) BB

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian

payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:532).

(c) LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173).

b) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

2) Muka

Apakah ada odema atau tidak.

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:174).

4) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney, et al. 2007).

5) Telinga

Bersih atau tidak adanya serumen atau tidak, bentuk telinga simetris atau tidak. (Romauli, 2011:174)

6) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

7) Dada

Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan, BJ 1 BJ 2 terdengar tunggal, ada tidaknya suara tambahan wheezing dan ronkhi (Romauli, 2011:175).

8) Payudara

Adanya hiperpigmentasi aerola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. (Romauli, 2011:175). Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, *et al* . 2008:105).

9) Abdomen

Kandung kemih harus sering dievaluasi setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal. Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus.

(Varney, *et al.* 2008:693).

10) Genetalia

(a) Vulva dan vagina

Bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartholini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak (Marmi, 2011:131).

(b) Perineum

Ada luka bekas episiotomi atau tidak.

(c) Anus

Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum

(Varney, *et al.* 2007:753).

(d) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf. Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney, *et al.* 2008:693).

b) Pemeriksaan khusus

1) Palpasi

Palpasi atau periksa raba yaitu untuk menentukan besarnya rahim, menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin, serta memastikan tidak ada tumor, kista myoma didalam rongga perut.

2) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold 1

Menurut Muflihah (2014: 52-53) leopold 1 untuk mengetahui bagian janin yang ada di fundus dan mengukur tinggi fundus uteri (TFU).

Menurut Marmi (2011:167) langkah-langkah pemeriksaan Leopold 1 yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat ke arah muka penderita
- (3) Rahim dibawa ketengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan

Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Ciri-ciri kepala ialah keras, bundar dan melenting. Ciri-ciri bokong ialah lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012:118), variasi knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

(b) Leopold II

Tujuan pemeriksaan Leopold II untuk menentukan bagian janin yang ada di samping kanan dan kiri perut ibu. Menurut Marmi (2011:167-168), langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold II adalah:

- (1) Kedua tangan pindah kesamping
- (2) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak dapat di raba dengan ciri-ciri seperti keras, dan lebar

seperti papan, carilah bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan atau berlawanan. Terkadang di samping teraba kepala atau bokong ialah letak lintang

Variasi Budin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:118).

Variasi alfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (manuaba, 2012:119).

(c) Leopold III

Menurut Marmi (2011:168) tujuan pemeriksaan pada Leopold III adalah untuk menentukan presentasi janin dan apakah sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

- (1) Dipergunakan satu tangan saja
- (2) Bagian terbawah ditentukan antara ibu jari dari jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan atau tidak .

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian terbawah janin ini sudah atau belum masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP).

(d) Leopold IV

Tujuan pemeriksaan Leopold IV untuk menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Bila bagian terendah janin masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya maka tangan pemeriksa divergen, sedangkan bila belum masuk PAP maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010: 119). Menurut marmi (2011:168) langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah posisinya menjadi ke arah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian terbawah
- (3) Ditentukan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum dan seberapa masuknya bagian terbawah ke dalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar
- (5) Jika kedua tangan kita konvergen, maka hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga
- (6) Jika kedua tangan sejajar, maka separuh dari kepala turun ke dalam rongga panggul

(7) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul

3) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut (Mochtar, Rustam, 2011:41) usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai berikut :

Tabel 2.11
Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (cm)
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7 cm di atas simfisis
30	29,5-30 cm di atas simfisis
32	29,5-30 cm di atas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis
40	37,7 cm di atas simfisis

Sumber :Mochtar, Rustam, 2011

4. Cara menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

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

Keterangan :

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah.

bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

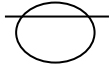
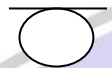
5. Penurunan bagian terbawah janin

Berikut ini metode lima jari (perlimaan) menurut

(Marmi, 2011:149) dapat dilihat dalam table 2.14

Tabel 2.12
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem
Perlinaan

Periksa Luar	Periksa Luar	Keterangan
 =5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
 =4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum panggul
 =3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
	H III+	Bagian terbesar kepala

$=2/5$		sudah masuk panggul
 $=1/5$	H III-IV	Kepala didasarpanggul
 $=0/5$	H IV	Di perineum

Sumber :Marmi, 2011

6. Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 160 denyut permenit. 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, 2011:188). Selama kala satu persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala dua untuk wanita dengan kehamilan risiko evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak 15 menit selama kala satu dan 5 menit selama kala dua. Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

- (a) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.
- (b) (10-14-9) kesimpulannya tak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.
- (c) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

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

7. His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(a) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus mulai kuat, dan teratur (frekuensi dan kekuatannya) dan pembukaan serviks hingga mencapai pembuka lengkap (10 cm) (Marmi, 2011 : 65). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008:152).

(b) Kala II

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10

cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008:184).

(c) Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontaksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Kala III merupakan kala pengeluaran uri atau pengeluaran plasenta (Marmi, 2011:70).

(d) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi, 2011). Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merain), pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 201:65).

8. Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam atau *vaginal toucher* (VT) sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa sudah pembukaan beberapa, dengan VT dan diketahui juga efecement, konistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge.

Menurut Manuaba (2010:156), bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II

yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi tepi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (Os sacrum).

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- (a) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
 - (b) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap
 - (c) Untuk menyelesaikan persalinan
- (Marmi, 2011:133).

9. Pemeriksaan Panggul

Dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- (a) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul
- (b) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- (c) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul

(d) Sudut arcus pubis $> 90^\circ$, bila kurang berarti ada kesempitan panggul

(e) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.

Bidan mulai memeriksa panggul wanita pada saat kunjungan antepartum pertama dan diulang kembali pada saat masuk waktu persalinan. pelvimetri klinis harus dilakukan dalam persalinan untuk mendeteksi kontraksi pelvis yang sesungguhnya, terkait dengan ukuran bayi dan untuk mengantisipasi terjadinya penundaan, penurunan dan rotasi (Varney, *et al.* 2007:797).

c) Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan darah

(a) Haemoglobin (Hb)

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	: tidak anemia
Hb 9-10 g%	: anemia ringan
Hb 7-8 g%	: anemia sedang
Hb <7 g%	: anemia berat

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

(b) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus. (Fraser, et al.2009:255).

2) Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009:255) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

- (a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

- (b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- (c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

3) Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45).

4) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiografi*, atau *fetal activity acceleration determination* (FAD;FAAD). Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190).

B. Diagnosa Kebidanan

$G_{\geq 1}P_{0/}>UK$ 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

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 persalina
3. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008:116)
 - b) Keletihan (Varney, *et al.* 2007:537)
 - c) Infeksi (Saifuddin, 2010:337)
 - d) Kram Tungkai (Varney, *et al.* 2007:722)
 - e) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
 - f) $P_{\geq 1}$ Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terdiri dari yaitu:
 - 1) Retensio plasenta
 - 2) Avulse tali pusat
 - g) $P_{\geq 1}$ Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi :
 - (1) Atonia uteri
 - (2) Robekan vagina, perineum atau servik

(Sulistyawati, 2011:238)

C. Intervensi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi.
2. klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
3. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
4. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
5. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *vidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
6. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Diagnosa: $G_{\geq 1}P_{0>}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan :Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi
sehat

Kriteria : a) KU baik, kesadaran komposmentis

b) TTV dalam batas normal

T: 100/60 – 130/90 mmHg

S: 36 – 37°C

N: 80–100x/menit

R: 16 – 24x/menit

c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung
sedikitnya 40 detik.

d) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi
gravida <7 jam.

e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada
multigravida <1 jam

f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan
multigravida <15 menit

h) Plasenta lahir spontan, lengkap.

i) Perdarahan <500 cc

Intervensi (Wiknjosastro, 2008:93):

1) Kala I

(a) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada
ibu dengan menghadirkan keluarga.

(b) Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/Ibu yakin dan tabam h dalam menjalani proses persalinan nanti.

(c) 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.

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

(d) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga

akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

(e) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

(1) Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dan ketuban $\oplus$ maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.

(2) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban $\ominus$ ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.

(3) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban $\oplus$ pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalinan akan terjadi terlalu cepat.

(4) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban $\ominus$ atau $\oplus$, penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

(f) Observasi TTV

(1) DJJ setiap $\frac{1}{2}$ jam

j) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam

k) Nadi setiap $\frac{1}{2}$ jam

l) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi

m) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

n) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam

o) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

(9) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam. Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/ kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

(h) Tunggu pembukaan lengkap.

2) Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal menurut (JNPK-KR,2008):

(1) Mengenali tanda gejala dan gejala kala II

R/ Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

- (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- (c) Perineum menonjol
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka

(2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

(3) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk persiapan jika bayi mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersiah dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- (a) Menggelar kain diatas perut pasien dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.

(4) Pakai celemek plastik

R/ Memakai sarung tangan, mengenakan perlengkapan pelindung pribadi (kacamata, masker, celemek, dll) dapat melindungi penolong terhadap percikan darah.

- (5) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang

- (6) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam

R/ Melindungi petugas dari percikan darah yang dapat mengkontaminasi dan menyebarkan penyakit.

- (7) Masukkan oksitosin ke dalam tabung spuit (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

R/ Memudahkan saat menolong persalinan

- (8) Beri vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi dengan air DTT

R/Upaya pencegahan infeksi

- (9) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/Pemeriksaan dalam digunakan untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan menentukan tindakan selanjutnya

- (10) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan keringkan dengan handuk.

R/ Upaya pencegahan infeksi

- (11) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas norma

R/ Memantau keadaan janin

- (12) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

R/ Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa nyaman bagi ibu dan memberikan kemudahan baginya untuk beristirahat diantara kontraksi.

- (13) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/Hasil persalinan yang baik ternyata erat hubungannya dengan dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan.

- (14)Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit untuk bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta.

- (15)Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/ Ibu dapat mengubah-ubah posisi secara teratur selama kala dua karena hal ini dapat membantu kemajuan persalinan, mencari posisi meneran yang paling efektif dan menjaga sirkulasi utero-plasenter tetap baik.

- (16)Persiapkan pertolongan kelahiran bayi

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahn dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka.

(17) Letakkan kain bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva diameter 5-6 cm,
R/ Untuk mengeringkan bayi saat lahir.

(18) Letakkan kain bersih yang dilipat di 1/3 bawah bokong ibu.
R/ Kain bersih yang dilipat di bawah bokong ibu untuk mengusap bayi setelah lahirnya kepala..

(19) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

R/ Untuk memastikan kelengkapan alat sehingga memudahkan penolong dalam membantu proses persalinan

(20) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ Upaya pencegahan infeksi.

(21) Persiapkan pertolongan persalinan

R/ salah satu persiapan penting bagi penolong adalah memastikan penerapan prinsip dan praktik pencegahan infeksi yang dianjurkan memakai APD.

(22) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R/ Mencegah rupture perineum

(23) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika haln itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(a) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

R/ Tali pusat terkemuka (diketahui saat ketuban masih utuh) dan tali pusat menumbung (ketuban sudah pecah sama bahayanya dan mengancam kehidupan janin). Keadaan ini memerlukan penanganan segera.

(24) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

R/ Tidak adanya putaran paksi luar dapat mengindikasikan adanya distosia bahu.

Lahirnya bahu:

(25) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/Tarikan yang berlebihan pada kepala dapat mengakibatkan trauma pada pleksus brakhialis.

Lahirnya badan dan tungkai:

(26) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

R/Tangan bawah (posterior) digunakan untuk menyangga/ menopang samping lateral tubuh bayi saat lahir. Tangan atas (anterior) untuk menelusuri dan memegang bahu, siku, dan lengan bagian anterior.

(27) Setelah tubuh dan lengan lahir, telusuri lenga atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya)

R/ Tindakan memungkinkan menahan bayi sehingga anda dapat menahan bayi dapat mengontrol kelahiran badan bayi

yang tersisa dan memampatkan bayi man dalam rengkuhan tangan.

(28) Lakukan penilaian (selintas).

(a) Apakah bayi menangis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

R/ Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

(29) Keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu.

R/ Menghindari terjadinya hipotermi pada bayi.

(30) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).

R/ Memastikan tidak ada janin yang kedua (kehamilan gemelli).

(31) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ Wujud asuhan sayang ibu.

(32) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

R/Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

(33) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

(a) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(b) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(c) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

(a) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

R/Penjepitan tali pusat sedini mungkin akan mempercepat proses perubahan sirkulasi darah pada bayi baru lahir.

(34) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

R/Memberikan cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

(35) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(a) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat pasang topi dikepala bayi.

(b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.

(b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

R/Wujud asuhan sayang ibu dan upaya untuk meningkatkan bonding attachment antara bayi dan ibu.

(36) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

R/ Bagian kepala memiliki luas permukaan yang sangat luas sehingga bayi akan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

Kala III

(37) Pindahkan klem pada tali pusat berjarak 5-10 cm dari vulva

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi.

(38) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis untuk mendeteksi tangan lain menegangkan talipusat.

R/ Tindakan ini untuk mendeteksi adanya tanda pelepasan uterus

(39) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) . Jika plasenta tidak segera lahir dalam 30 detik , hentikan penegangan tali pusat dan tunggu timbul kontraksi dan ulangi prosedur diatas

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat mencegah terjadinya inversion uteri.

(40) Lakukan penegangan tali pusat minta ibu meneran sambil penolong menegangkan tali pusat sejajar dengan lantai dan kemudian keatas .

R/ Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu.

(41) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilin kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang disiapkan. Lakukan eksplorasi untuk mendeteksi kemungkinan sisa selaput atau plasenta yang tertinggal.

R/ Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati hati akan membantu mencegah tertinggalnya sisa plasenta.

(42) Segera setelah plasenta lahir lakukan masase uterus selama 15 detik

R/ Tindakan masase uterus dilakukan agar fundus berkontraksi . jika tidak berkontraksi lakukan penatalaksanaan atonia uteri.

(43) Periksa kedua sisi plasenta, pastikan selaput ketuban utuh dan lengkap

R/Tindakan untuk mendeteksi keutuhan plasenta jika plasenta tidak utuh dikhawatirkan ada sisa plasenta yang masih di dalam uterus.

- (44)Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum
Lakukan penjahitan bila ada laserasi.

R/ Untuk mendeteksi ada tidaknya laserasi .

Kala IV

- (45)Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

R/Jika kontraksi uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah lahir. Lakukan rujukan.

- (46)Biarkan bayi melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam atau lakukan inisiasi menyusui dini (IMD)

R/ Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu.

- (47)Lakukan pemeriksaan fisik bayi.

R/Pemeriksaan dilakukan untuk mendekteksi adanya kelainan atau tanda bahaya pada bayi baru lahir.

- (48) Setelah 1 jam , lakukan penimbangan pengukuran pada bayi serta suntik vit K dan 1 jam berikutnya beri imunisasi Hepatitis B di paha aterolateral.

R/ Vit K untuk mencegah terjadinya perdarahan BBL dan HB 0 untuk mencegah penyakit Hepatitis B

- (49) Lakukan pemanatauan kontraksi .

R/ 1 jam pertama setiap 15 menit 1 jam kedua setiap 30 menit.

(50) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus.

R/Tindakan ini agar ibu dan keluarga tau cara masase uterus

(51) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

R/Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu

(52) Periksa keadaan ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan setiap 30 menit 1 jam kedua.

R/ Monitor tekanan darah dan nadi penting selama kala IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah.

(53) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernapas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal .

R/Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi dengan sempurna. Oleh karena itu jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas bayi akan hipotermia.

(54) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% rendam dalam 10 menit lalu cuci bilas .

R/ Upaya pencegahan infeksi

(55) Buang bahan bekas pakai di tempat sampah yang sesuai.

R/ Upaya pencegahan infeksi jika tidak dikelola dengan benar akan menimbulkan infeksi bagi seseorang

(56) Bersihkan ibu dengan air DTT.

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan mencegah resiko infeksi.

(57) Pastikan ibu merasa nyaman . Beritahu ibu memberi ASI.

Anjurkan ibu makan dan minum.

R/ Pemberian ASI secara dini dapat merangsang produksi hormone prolaktin.

(58) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

R/ salah satu upaya pencegahan infeksi

(59) Celupkan sarung tangan secara terbalik di larutan klorin

0,5% selama 10 menit. dan Cuci kedua dengan sabun dan air mengalir keringkan dengan handuk

R/ upaya pencegahan infeksi

(60) Lengkapi Partograf

R/ partograf adalah untuk memantau kemajuan kala persalinan.

Masalah

1) Kala I :

(a) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan :Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:135) :

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

(b) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan: Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria: (a) nyeri punggung berkurang

(b) Ibu tidak merasa cemas

(c) Ibu merasa tenang.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:136) :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

- (2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalian dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

- (3) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

- (4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipás.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

- (5) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

2) Kala II :

- (a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008:136)

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : (a) Nadi 76-100 x/menit

(b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:136) :

- (1) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

- (2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- (3) Segera rujuk ke fasilitas ynag memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

- (b) Infeksi (Saifuddin, 2010:68)

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: Tanda-tanda vital:

- (a) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)
- (b) Suhu: 36-37,5
- (c) KU baik
- (d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:137) :

- (1) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- (2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

- (3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- (4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

- (c) Kram Tungkai (Varney, et al. 2009:345)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar

Intervensi:

- (1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

- (2) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

3) Kala III :

(a) Retensio plasenta (Wiknjosastro,2008).

Tujuan: Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa placenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:138) :

(1) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(a) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

(b) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

(c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

(b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :

- (1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.
- (2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kraniol pada uterus.
- (3) Setelah plasenta terlepas, lakukan masase uterus dan periksa plasenta. Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

4) Kala IV :

- (a) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:120).

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : (a) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

(b) Perdarahan <500cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

- (1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.
- (2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal

dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

(3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

(4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

(5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

(b) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria : a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

(b) Perdarahan <500 cc

Intervensi :

(1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.

(2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

(3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

- (a) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.
- (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
- (c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.
- (d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

D. Implementasi

Menurut Kemenkes Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi segera secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria sebagai berikut :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi lain
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga

3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar

4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien

F. Dokumentasi

Kemenkes RI Nomor 939/Menkes/SK/VIII/2007 pencacatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

A. Pengkajian data

1. Data Subyektif

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

a) Identitas

1) Nama

Nama jelas dan lengkap. bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131)

2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti usia kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psiskisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010:131)

3) Agama

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

4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Eny,2008:132)

5) Suku/bangsa

pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarwati,2010:132).

6) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial dan ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010:179)

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan

b) Keluhan utama

Menurut (Varney, et al.2008), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

1) Afierpain

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

2) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

3) Pembesaran payudara

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

4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat)

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi traumaatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan

c) Riwayat kesehatan

1) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba,2010:240).

2) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba,2010:336)

3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak

tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi)
(Manuaba,2010:336)

4) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂
(Manuaba,2010:338)

5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2012:235) :

(a) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI

(a) Mudah terjadi infeksi postpartum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

(b) Pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser, et al.2009)

d) Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan membcirikan ASI kembalnya meastruasi data haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2014)

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekeringan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta. lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan perawatan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012)

3) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki .oleh karena itu metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2014).

e) Riwayat obstetric

1) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

Beberapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati,2010: 133-134).

2) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada nifas saat ini (Ambarwati, 2010:134).

3) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni,2013:298).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari . makan engan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (Saifuddin, 2014:128)

Tabel 2.13
Nutrisi ibu nifas

Makanan	Normal	Hamil	Menyusui
Kalori (kal)	2.500	2.500	3.000
Protein (gram)	0,8	85	100
Kalsium (gram)	12	15	15
Vitamin A (IU)	5.000	6.000	8.000
Vitamin B (mg)	1,5	1,8	2,3
Vitamin C (mg)	70	100	150
Vitamin D (SI)	2,2	2,5	3
Riboflavin	15	18	23
Asam nikotin	-	600	700

Sumber: Kumalasari Intan, 2015:161

2) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat, menyebabkan over distensi, pengosongan tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memasikan berkemih secara periodik. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan

volume cairan (Varney,et al.2008) Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2012:202).

3) 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. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014) .

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tertekan. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012:202)

4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk tidak mampu untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014:127) .

5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

6) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua Jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah Persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2014:127).

g) Riwayat Psikososial Spiritual

Menurut Marmi (2015:123), membagi fase nifas menjadi 3 bagian yaitu:

1) Fase taking in

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya

sendiri. Pengalaman selama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase taking hold

Periode kedua masa nifas adalah phase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri

3) Fase letting go

Fase menerima tanggungjawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat

h) Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga es involusi, sedangkan alkohol dan narkotika kandungan ASI yang langsung mempengaruhi

perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2012:122).

i) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

- 1) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.
- 2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- 3) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- 4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atoniauteri
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusui.
- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari
- 7) wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

2. Data obyektif

a) Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011:256)

2) Kesadaran

Untuk mendapat gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010:306).

b) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan darah secara sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, et al. 2007:961)

2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mengganggu proses ini.

Apa bila denyut nadi di atas 100 selama purperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum.(Vamey, et al.2007:961)

3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi didalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak dikemukakan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin,2014)

4) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan, cairan, eksaserbasi, asma, dan embulus paru (Varney, 2008)

c) Pemeriksaan fisik

1) Kepala (sulistyawati, 2009:122)

(a) Rambut

Warna, kebersihan, mudah rontok atau tidak

(b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi terinfeksi, bila merah

kekuningan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan (Sulistyawati, 2009: 154)

(c) Hidung

Kebersihan, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak.

(d) Mulut

Bibir, warna, integritas jaringan (lembab, kering, atau pecah-pecah), Gangguan mulut (bau mulut).

(e) Lidah

Warna, kebersihan.

(f) Gigi

Kebersihan, karies.

(g) Telinga

Kebersihan, gangguan pendengaran

2) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174)

3) Dada

Keadaan buah dada dan puting susu simetris / tidak, konsistensi, ada pembengkakan / tidak, puting menonjol/ tidak, lecet atau tidak. Payudara pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah / pendek / rata, Nyeri tekan, abses,

produksi ASI berhenti, dan pengeluaran ASI (saifuddin,2014:24). Menunjukkan adanya kolestrum penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, Kriebs, Gegor, 2008:969)

4) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifüddin, 2014:156). menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney,et al.2008)

5) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014:124). Menurut Varney (2008:106), pemeriksaan abdomen post partum dilakukan selama periode postpartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

- (a) Pemeriksaan kandung kemih Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma

selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis .Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdor adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (rektus abdominis). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (1) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.
- (2) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tanda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk

anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawahkearah simfisis pubis Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain

- (3) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya,karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot yang terlalu keras

6) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi. Setelah persalinan,vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannyasecara perlahan mengecil.. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochea. Hal yang perlu dihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2014)

7) Ekstremitas

Flagmasi alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat

(Manuaba, 2012:148)

d) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Hcmoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2012).

B. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa P..A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak .PAPIAH, postpartum hari ke....laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan psikologis baik. dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi nyeri luka jahitan *perineum, after pain*, pembangkakan payudara.

(Varney ,et al.2008:235)

C. Perencanaan

Diagnosa PAPIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik,

dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, afterpains, pembengkakan payudara

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi

Kriteria :a) Keadaan umum : kesadaran composmetis

b) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

c) Tanda-tanda vital:

T: 110/70-130/90 mmHg

N:60-80 x/menit

S:36-37,5°C

R: 16-24x/menit

1) Laktasi normal

Menurut Marmi (2015: 32) ASI dibedakan menjadi 3 stadium

(a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresikan oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan antibodi yang tinggi.

(b) ASI transisi atau perantara diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, berwarna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

- (c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari ke sepuluh sampai seterusnya berwarna putih Kandungannya ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

2) Involusi uterus :

Tabel 2.14
Involusi uterus normal

Waktu involusi	Tinggi Fundus
plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber. Manuaba, 2012

3) Lochia normal

Lochia rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari berwarna, merah dan hitam, lochia sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochia serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lochia alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2012:138)

Intervensi menurut Sofian (2012:90):

- (a) Akan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status gizi ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ menyusui bayinya sedini mungkin dapat mencegah paparan substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan.

(c) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis,

(d) Beri konseling ibu tentang KB pascalin.

R/Untuk menjarangkan anak.

(e) Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya

R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan

Kemungkinan masalah:

1) Masalah I:Gangguan eliminasi Konstipasi dan Retensio Urine

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012:86), antara lain:

(a) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya

BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK maupun

BAB jika terasa

(b) yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan
R/Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air

(c) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/Membantu memperlancar eliminasi

2) Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Marmi (2015:128), antara lain:

(a) Observasi luka jahitan perineum.

R/Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

b) Ajari ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

c) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

d) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

3) Masalah 3: Kram perut

Tujuan :Masalah kram perut teratasi

Kriteria :Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009:55), antara lain:

(a) Anjurkan Ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri after pain

(b) sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di dibawah perut.

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri

(c) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen)

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang

4) Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan :Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria :Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Purwati (2012:78), antara lain:

(a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak

(c) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan handuk yang hangat pada payudara

R/Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang

(d) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami

(e) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui

R/Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- (f) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual

R/Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- (g) Berikan terapi paracetamol atau asetaminofen

R/Terapi paracetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri

5) Masalah 5 : Sub involusio Uteri

Tujuan: Tidak terjadi subinvolusio uteri

Kriteria : Involusi uteri berjalan dengan normal

Intervensi menurut Swantika (2012:38):

- (a) Berikan obat antibiotic; uterotonika dan tablet Fe

R/Terapi antibiotik dapat mencegah infeksi, uterotonika dapat merangsang kontraksi uterus dan tablet kekurangan darah pada ibu

- (b) Berikan tranfusi darah jika perlu.

R/ Mengatasi kehilangan darah dalam jumlah Besar

D. Pelaksanaan tindakan

Melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI Nomer 938, 2007)

E. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NKVII 2007(7) tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkeseimbangan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dilakukan segera setelah selesai melakukan komunikasi pada klien dan/keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang di temukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA.)

2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S :Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif. penyuluhan, dukungan. Kolaborasi

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan pada Bayi Baru Lahir

A. Pengkajian data

1. Data subyektif

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

a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik. Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012:207)

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney et al, 2008:916).

d) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2012:368).

e) Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium. Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney et al, 2008:917)

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari. Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran (Marmi,2012:375)

Tabel 2.15
Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

Hari kelahiran	Cairan/Kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke-1	60 ml	40 kal
Hari ke-2	70 ml	50 kal
Hari ke-3	80 ml	60 kal
Hari ke-4	90 ml	70 kal
Hari ke-5	100 ml	80 kal
Hari ke-6	110 ml	90 kal
Hari ke-7	120 ml	100 kal
Hari ke- >10	150-200 ml	>120 kal

Sumber : Saifuddin, 2009

2) Eliminasi

(a) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012:77).

(b) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam (Marmi, 2012:77).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012:81).

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah. Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009:370).

5)Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012:378).

6)Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia

terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya. (Saifuddin,2009:95)

2. Data Obyektif

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$ – 37° . Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan(Saifuddin, 2010:135).

b) Tanda-tanda vital

1) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang $36,5$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36 - $36,5^{\circ}\text{C}$ (Varney et al, 2008).Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh bayi yaitu $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$) (Walsh, 2008:369).

2) Pernafasan

Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit. Pernapasan pada bayi baru lahir

dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai 60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney et al, 2008:880).

3) Nadi

Nadi dipantau disemua titik-titik perifer. Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat. Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur. (Wiknjosastro, 2008:255).

c) Antropometri

1) Berat Badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik. Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009:138). Berikut disajikan tabel 2.8 mengenai penurunan berat badan sesuai umur

Tabel 2.16
Penurunan Berat Badan Sesuai Umur

Umur	Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram perhari).
1 bulan	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan Pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap hari dengan alat	
Minggu Pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu Pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram.

Sumber : Wiknjosastro, 2008

2) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletang rata terhadap permukaan yang keras. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter. Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh panjang badan bayi normal 40- 50 cm.(Walsh, 2008:368)

3) Ukuran Kepala

Menurut Winkjosastro (2008:119) meliputi:

- (a) Dimeter suboksipito-bregmatikus: 9,5-10 cm

- (b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
 - (c) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm
 - (d) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
 - (e) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
 - (f) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
 - (g) Sirkumferensia suboksipito-bregmatika : 33-34 cm
 - (h) Sirkumferensia submento-bregmatika : 32-33 cm
 - (i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
 - (j) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm
- 4) Lingkar dada : 33-38 cm
- 5) Lingkar lengan : ± 11 cm
- b) Pemeriksaan Fisik
- 1) Kepala
- Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, hidrosefalus.
- Periksa adanya trauma kelahiran misalnya: *caput suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, terbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas

setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2012:56). Bayi yang mengalami seborea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012:221-223). Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser et al, 2009:712).

2) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi reflek merah atau orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brushfield, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012:291). Perlu diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2014:147).

Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna.

Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Katarak mata juga akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih, pupil harus tampak bulat. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012:57).

3) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57).

4) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat sekret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2010:137). Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus.

Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush* (Marmi, 2012:57).

5) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak. Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser et al, 2009:709).

6) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012:57).

7) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris. Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Manuaba, 2008:710)

8) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser et al, 2009:710). Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis. Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi, 2012:58).

9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012:137). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentruskus persisten. (Marmi, 2012:215).

10) Genetalia

(a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki periksa penis udah turun di skrotum. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012:59).

(b) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012:59).

11) Anus

Anus berlubang atau tidak . Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012:59).

12) Ekstremitas

Pemeriksaan ini berfungsi untuk menilai adanya gerakan ekstremitas abnormal, simetris, posisi dan gerakan yang abnormal, serta menilai kondisi jari kaki yaitu jumlahnya berlebih atau saling melekat (Aziz, 2008:67). Pemeriksaan ekstremitas atas meliputi reflek genggam

telapak tangan, ekstremitas meliputi reflek patella, reflek plantar dan reflek babynski (Varney et al, 2008:923).

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital.(Walsh, 2008:371).

13) Kulit dan kuku

Bayi matur memiliki garis kulit didaerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari. Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali

mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. (Fraser et al, 2009:709)

c) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney et al, 2007:923).

1) Refleksi berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

2) Refleksi mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012:70).

3) Refleksi menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu (Marmi, 2012:70).

4) Refleksi menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

5) Refleksi menoleh(*tonikneck reflex*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:71).

6) Refleksi terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleksi ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya(Marmi, 2012:71).

7) Refleksi menggenggam(*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat.(Marmi, 2012:71).

8) Refleksi babinsky

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012:72).

9) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah.

Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau putting. (Marmi, 2012:72).

10) Refleks melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Sulistyawati, 2010:231).

B. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan

2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa kebidanan :

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki- laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012:87).

C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi
2. klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
3. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
4. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
5. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien

6. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

a) Diagnosa kebidanan :

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin lakilaki/perempuan, keadaan umum baik.

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik
- 2) TTV normal menurut Marmi (2012) adalah:
 - S : 36,5-37,5 °C
 - N : 120-160 x/menit
 - RR : 40-60 x/menit
- 3) Bayi menyusu kuat
- 4) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012:88) adalah:

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi

- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/ Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/ Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung.

(Varney et al, 2008).

4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/ Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi

5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36°C - 37°C . Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

b) Potensial masalah

1) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:306) :

(a) Kadar glukosa dalam darah $\geq 45 \text{ mg/dL}$

- (b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi menurut (Marmi, 2012:306) adalah:

- (1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/ Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi

- (2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

- (3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- (4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- (5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/ Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Masalah II : Hipotermi

Tujuan: Hipotermi tidak terjadi

Kriteria: (a) Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2012:301)

- (b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras.

Intervensi menurut Marmi (2012:301) adalah:

- (a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

- (b) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

- (c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:279) adalah:

- (a) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL
- (b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi menurut Marmi (2012:284) antara lain:

(1) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin.

(3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan

reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney,et al 2008)).

(4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria :

- (a) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala.
- (b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012:221) :

- (1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- (2) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- (3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

- (4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

5) Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut Marmi (2012:229) :

- (1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

- (2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering ungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- (3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- (4) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

- (5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut

6) Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : 1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
2) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

- (b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

b) Masalah VII : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral thrush.

- (b) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/Mencegah timbulnya oral thrush

c) Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan: Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria: Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Marmi (2012: 215) :

- (a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

- (b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- (c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran..

- (b) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

D. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (*inform consent*).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan klien atau pasien.
5. Menjaga privacy klien atau pasien.
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.

7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
9. Melakukan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

E. Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien. Menurut Kepmenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut :

S : Data subjektif, mencatat hasil anamnesis

O : Data objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan pada Keluarga Berencana

50 Pengkajian Data

1. Data Subyektif

Berupa datab fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya jenis data yang dikumpulkan adalah:

a) Biodata

1) Nama

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab.

(Ambarwati, 2011: 131).

2) Umur

Wanita dan laki-laki usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan. (Affandi, 2012: U-8).

3) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan KB, susuk KB, atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2010: 592).

4) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011:194).

5) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2011:132).

d) Keluhan utama/Alasan pemakaian

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut saifuddin (2006: U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi. . (Affandi, 2012:U-9).

e) Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2010).

f) Riwayat kebidanan

1) Haid

Pada ibu paska salin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL. Ketika ibu mulai mendapatkan haidnya lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain

disamping MAL. Perdarahan sebelum 58 hari paska persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid) (Saifuddin, 2010: MK-4).

2) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR. Pada ibu paska keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi. Apabila pada persalinan terjadi perdarahan banyak hingga $Hb < 7$ gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi (Saifuddin, 2010:U-53).

g) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor, paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:168).

h) Riwayat Kesehatan

1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes militus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke.

(Saifuddin, 2013: 45)

2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah $<180/110$ mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell). (Saifuddin, 2010 : 55)

3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progeteron. (Affandi, 2013: U-53)

4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Perlu diperlukan konseling prakontrasepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014: 275)

5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servistis), sedangkan mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin. (Saifuddin, 2013: 70)

i) Pola Kebiasaan Sehari-hari menurut Hartanto (2015:171) :

1) Nutrisi

KB Hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya.

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksai otot.

3) Istirahat/Tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala.

4) Aktivitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktivitas karena mudah atau sering pusing dan cepat lelah serta depresi.

5) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

6) Personal Hygiene

Ibu menjaga menjaga kebersihan genetalia dengan mengganti rutin celana dalam untuk mencegah terjadi infeksi

7) Riwayat ketergantungan

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rimfapisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin.

2. Data Obyektif

Setelah dibahas data subyektif untuk melengkapi data dalam menegakan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan infeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan. Data-data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

a) Pemeriksaan Umum

1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009:657).

2) Pemeriksaan Antropometri

Untuk pemakaian KB hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg. Wanita

dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ merupakan batas maksimal dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2008:30).

j) Pemeriksaan Fisik

1) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi dan timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin (Saifuddin, 2008:MK-50).

2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin. Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebra pucat mengalami anemia yang memungkinkan terjadinya perdarahan hebat (Saifuddin, 2008:MK-75).

3) Payudara

Pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe. Untuk pengguna KB MAL Pembesaran payudara simetris, kedua payudara tampak penuh, puting susu menonjol, ASI keluar lancar. Saat selesai menyusui kedua payudara tampak kenyal dan kosong. (Saifuddin, 2010:MK-4).

Pemakaian KB hormonal memiliki kontra indikasi pada ibu yang memiliki kanker payudara Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2008:MK-55).

4) Abdomen

Tidak ada tanda-tanda hamil (hiperpigmentasi areola dan papila, payudara membesar dan tegang), tidak sesak nafas. Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010:MK-55).

5) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:170).Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:MK-77). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid(Affandi, 2012:MK-75).

6) Ekstermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012:MK-58).Ibu dengan varises ditungkaikan dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010:MK-77).Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan

B. Diagnosis Kebidanan

$P \geq 1$, umur 15-49 tahun, menggunakan KB MAL/AKDR/Kontap /Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi MAL / AKDR / Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik.

C. Perencanaan

Diagnosa: $P \geq 1$, umur 15-49 tahun, menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognosa baik

Tujuan : ibu menjadi peserta KB

Kriteria:

1. Ibu memilih alat kontrasepsi
2. Ibu memakai metode sesuai dengan pilihanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010:U-3):

a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien.

c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, kontraindikasi.

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.

d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

g) Persilahkan untuk klien dan suami mengisi *informed consent*.

R/ Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- h) Konseling pra pelayanan KB paska salin meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian, indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan.

R/Jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka dapat lebih mantap dalam pemakaian metode kontrasepsi.

- i) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

R/ Pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

- j) Memberikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi meliputi penyampaian efek samping penggunaan, yang harus dilakukan jika timbul keluhan dan jadwal kontrol ulang.

R/Konseling pasca pelayanan ibu tidak akan khawatir jika ada efek samping dan kunjungan ulang

1) Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010:U-4) :

- (a) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*.

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

- (b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

- (c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

2) Masalah 2 : Pusing

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria :Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut (Mochtar, 2008:33)

- (a) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

- (b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

(c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

3) Masalah 3: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010:ML-47) adalah:

(a) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah
R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

4) Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Maritalia (2012:143) :

(a) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

(b) Lakukan kolaborasi dengan dokter

R/ Perdarahan yang tidak bisa berhenti harus dilakukan rujukan ke tempat tenaga kesehatan yang lebih berkompeten

5) Masalah 5 : Kenaikan Berat badan

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak khawatir lagi dengan kenaikan berat badannya

Kriteria :Keluhan ibu dengan masalah berat badan berkurang

Intervensi (Maritalia 2012:143) :

(a) Lakukan penyuluhan dan penjelasan tentang efek samping dari KB

R/ Akseptor akan mengerti dengan efek samping dari penggunaan kb

D. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI No.77, 2008)

E. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan

untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007:7). Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A :Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P :Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau *follow up* dan rujukan.