

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

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

Kehamilan adalah proses dinamis di mana perubahan anatomi dan fisiologis terjadi dari pemupukan hingga partus. Setiap pemberian di atas agen counter memiliki efek yang sangat berbeda tergantung pada tahap perkembangan embrio dan janin (Abduelkarem *et al*, 2017).

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur (ovum) dan sperma. Proses kehamilan (gestasi) berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi (tanggal bersatunya sperma dengan telur) yang terjadi dua minggu setelahnya (Kamariyah dkk, 2014).



Kehamilan terjadi jika ada pertemuan dan persenyawaan antara sel telur (ovum) dan sel mani (spermatozoa) (Saminem, 2008).

2. 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.

3. Proses Kehamilan

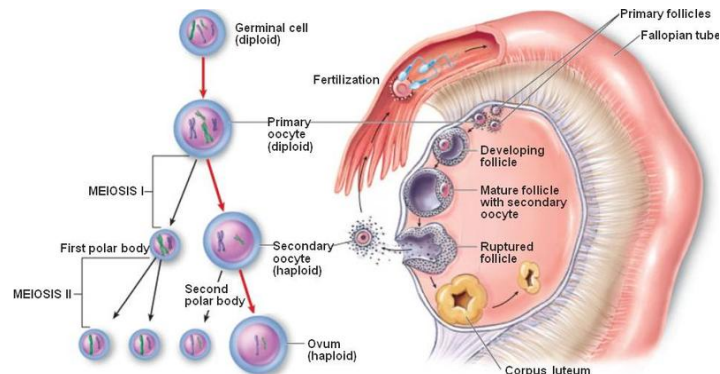
Proses kehamilan akan terjadi jika terdapat beberapa hal sebagai berikut:

a. Ovum

- 1) Bisa dibuahi jika sudah melewati fase oogenesis.
- 2) Dikeluarkan oleh ovarim saat fase ovulasi, suatu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa menopause.
- 3) Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium.
- 4) Mempunyai lapisan pelindung yaitu sel-sel granulose dan zona pellusida yang harus bisa ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan (Megasari dkk, 2015).
- 5) Oogenesis secara sederhana prosesnya dapat dijelaskan sebagai berikut:
 - a) Oogonium adalah sel induk dari ovum yang terdapat dalam sel folikel yang berada didalam ovarium.
 - b) Oogonium mengalami pembelahan mitosis berubah menjadi oosit primer, yang memiliki 46 kromosom. Oosit primer melakukan meiosis (tahap I), yang menghasilkan dua sel anak yang ukurannya tidak sama.
 - c) Sel anak yang lebih besar adalah oosit sekunder yang bersifat haploid (n). Ukurannya dapat mencapai ribuan kali lebih besar dari yang lain karena berisi lebih banyak sitoplasma dari oosit primer yang lain.
 - d) Sel anak yang lebih kecil disebut badan polar pertama yang kemudian membelah lagi.
 - e) Oosit sekunder meninggalkan folikel ovarim menuju tuba fallopi. Apabila oosit sekunder dibuahi oleh sel sperma (fertilisasi), maka akan mengalami pembelahan meiosis yang kedua. Begitu pula dengan badan polar pertama membelah menjadi dua badan polar kedua yang akhirnya

mengalami degenerasi. Namun apabila tidak terjadi fertilisasi, menstruasi dengan cepat akan terjadi dan siklus oogenesis diulang kembali.

f) Selama pembelahan meiosis kedua, oosit kedua menjadi bersifat haploid (n) dengan 23 kromosom dan selanjutnya disebut dengan ootid. Ketika inti nukleus sperma dan ovum siap melebur menjadi satu, saat itu juga ootid kemudian mencapai perkembangan akhir atau akhirnya menjadi ovum yang matang. Peristiwa pengeluaran sel telur dikenal dengan istilah ovulasi. Pada setiap ovulasi hanya satu telur yang matang dan dapat hidup 24 jam. Jika ovum yang matang tersebut tidak dibuahi, maka sel telur tersebut akan mati dan luruh bersama dengan dinding rahim pada awal siklus menstruasi (Kuswanti, 2014).

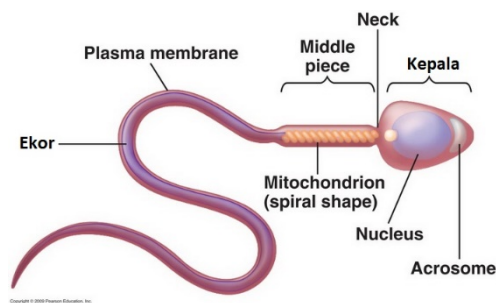


Gambar 2.1
Proses Oogenesis
Sumber:Kuswanti, 2014.

b. Sperma

- 1) Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis.
- 2) Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia.
- 3) Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari.

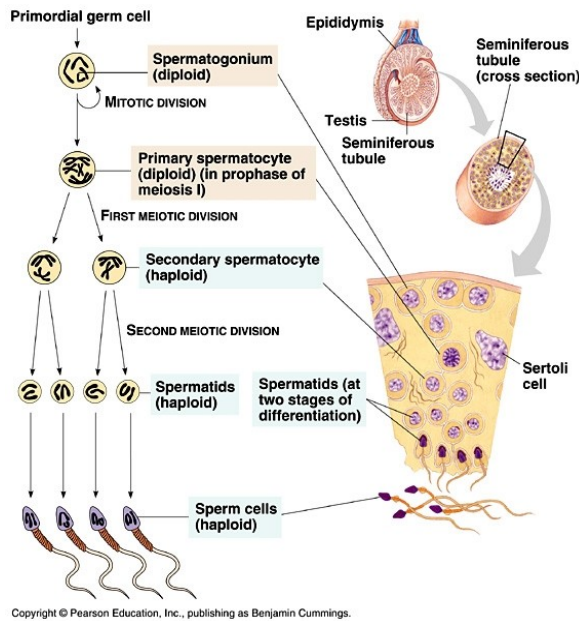
- 4) Terdapat 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi.
- 5) Mengeluarkan enzim hialuronidase untuk melunakkan korona radiata atau sel-sel granulose.
- 6) Mempunyai morfologi yang sempurna yaitu kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (*nucleus*), diliputi lagi oleh akrosom dan membrane plasma. Leher menghubungkan kepala dengan bagian tengah. Ekor panjang kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak lebih cepat (Megasari, dkk. 2015)



Gambar 2.2
Struktur sperma
Sumber: Kuswanti, 2014: 58.

- 7) Urutan pertumbuhan sperma (spermatogenesis) meliputi:
 - a) Spermatogonium merupakan tahap pertama pada spermatogenesis yang dihasilkan oleh testis.
 - b) Spermatosit primer merupakan mitosis dari spermatogonium. Pada tahap ini tidak terjadi pembelahan.
 - c) Spermatosit sekunder merupakan meiosis dari spermatosit primer. Pada tahap ini terjadi pembelahan secara meiosis.

- d) Spermatid merupakan meiosis dari spermatosit sekunder. Pada tahap ini terjadi pembelahan secara meiosis yang kedua.
- e) Spermatozoa (sperma) merupakan diferensiasi atau pematangan dari spermatid. Pada tahap ini terjadi diferensiasi (Kuswanti, 2014).



Gambar 2.3
Proses spermatogenesis
Sumber: Saifuddin, 2014.

c. Pembuahan atau Fertilisasi

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit Sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula 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 kapasitasi (Saifuddin, 2014).

2) Penembusan zona pellusida.

Sona 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 membrane sel sperma.

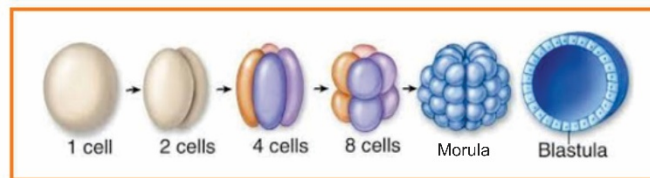
Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 genosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki-laki) (Kuswanti, 2014).

d. 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 ruang 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).



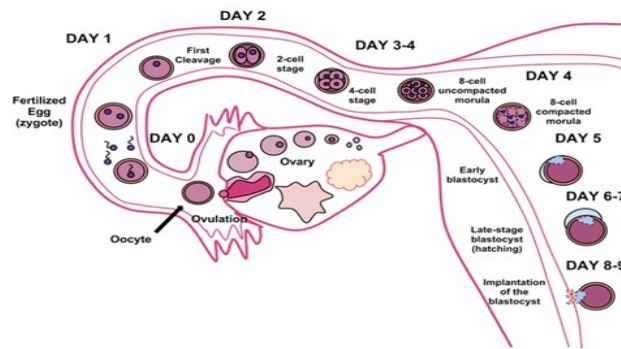
Gambar 2.4
Proses pembelahan zigot
Sumber: Kuswanti, 2014: 62.

e. Nidasi atau implantasi

Nidasi atau implantasi adalah peristiwa tertanamnya atau bersarangnya sel telur yang telah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam endometrium. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior atau posterior. Pada saat implantasi, selaput lendir rrahim sedang berada pada fase sektretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Megasari dkk, 2015).

Blastokista tingkat lanjut diselubungi oleh trofoblas yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastokista mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang

banyak mengandung glikogen, serta mudah dihancurkan trofoblas. Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner sel mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya, terkadang saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda hartman) (Kuswanti, 2014).



Gambar 2.5
Proses perkembangan dan perjalanan ovum dari ovarium sampai cavum uteri
Sumber: Megasari dkk, 2015

f. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio kedalam endometrium plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Kuswanti, 2014).

Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi trofoblas invasif telah melakukan penetrasi kedalam pembuluh darah endometrium. Terbentuklah sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruangan-ruangan interviler dimana vili korialis seolah-olah terapung-apung diantara ruangan-ruangan tersebut sampai terbentuknya plasenta (Saifuddin, 2014).

g. Pertumbuhan dan perkembangan janin

Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat yaitu zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri atas 16 blastomer), kemudian menjadi blastokista (terdapat cairan di tengah) yang mencapai uterus, dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi embrio (sampai minggu ke-7). Setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin (Saifuddin, 2014).

Embryogenesis (pertumbuhan mudgah) merupakan pertumbuhan embrio yang bermula dari lempeng embrional (embrional plate) dan kemudian berdiferensiasi menjadi 3 unsur lapisan yaitu ektodermal, mesodermal, dan entodermal. Ruang amnion akan tumbuh pesat mendesak exocoeloma sehingga dinding ruang amnion mendekati korion, mesoblas diruang amnion dan mudgah menjadi padat (*body salk*) yang merupakan jembatan antara embrio dan dinding trofoblas yang kelak akan menjadi tali pusat (Kuswanti, 2014).

Selanjutnya hasil konsepsi akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai berikut:

1) 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).

2) 6 minggu.

Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih tergegang. Jantung telah terbentuk penuh.

Embrio berukuran 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relatif besar dan tonjolan jari (Saifuddin, 2014).

3) 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).

4) 9 minggu.

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

5) 12 minggu.

Embrio berubah menjadi janin. Denyut jantung janin dapat dilihat dengan menggunakan pemeriksaan ultrasonografi (USG), berbentuk manusia, gerakan pertama dimulai tetapi belum dirasakan oleh ibu, jenis kelamin sudah bisa ditentukan, ginjal sudah memproduksi urine (Kuswanti, 2014).

6) 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).

7) 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).

8) 25-28 minggu.

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).

9) 29-32 minggu.

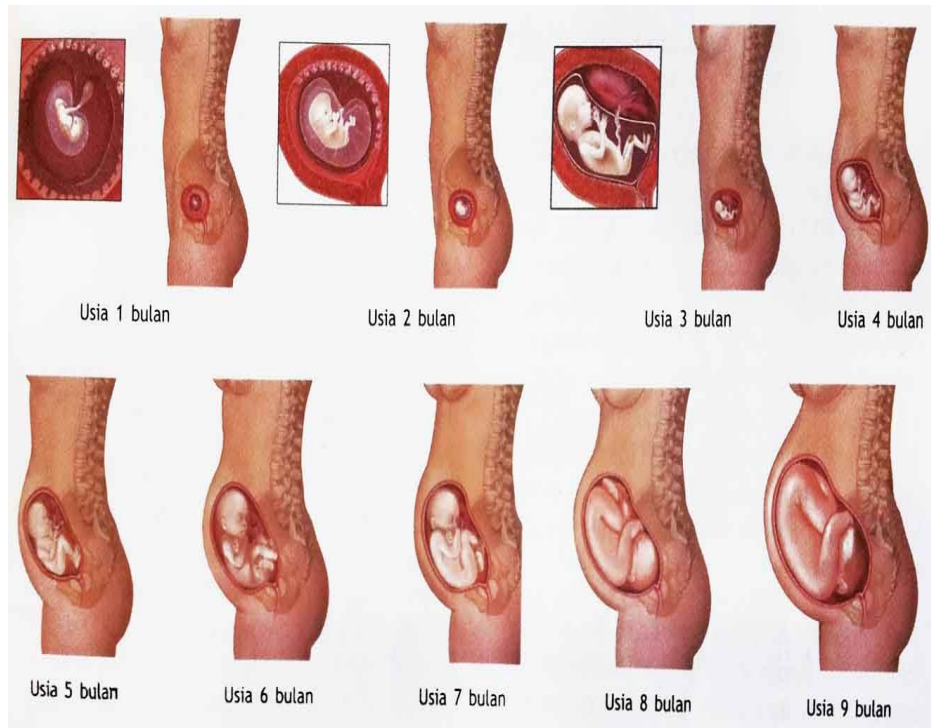
Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70 %). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah reguler, suhu relatif stabil (Saifuddin, 2014). Pada usia 32 minggu lemak coklat berkembang di bawah kulit, mulai simpan zat besi, kalsium, dan fosfor (Kuswanti, 2014). Pada akhir minggu 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).

10) 33-36 minggu.

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).

11) 38-40 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 2.6
Tahap-Tahap Pertumbuhan janin Pada Masa Kehamilan
Sumber: Saifuddin, 2014.

4. Tanda Dan Gejala Kehamilan

Pada wanita hamil terdapat beberapa tanda dan gejala, antara lain:

a. Tanda-tanda presumptive (dugaan hamil)

Tanda-tanda presuntif adalah perubahan fisiologik pada ibu atau seorang perempuan yang mengindikasikan bahwa ia telah hamil (Saifuddin, 2014). Tanda-tandanya diantaranya sebagai berikut:

1) Amenorea (tidak haid)

Kehamilan menyebabkan dinding dalam uterus (endometrium) tidak dilepaskan sehingga amenorea atau tidak datangnya haid dianggap sebagai tanda kehamilan. Namun hal ini tidak dapat dianggap sebagai tanda pasti kehamilan karena amenorea dapat juga terjadi pada beberapa penyakit

kronik, tumor hipofise, perubahan faktor-faktor lingkungan, malnutrisi, dan (yang paling sering) gangguan emosional terutama pada mereka yang tidak ingin hamil atau malahan mereka yang ingin sekali hamil (dikenal dengan *pseudocyesis* atau hamil semu) (Saifuddin, 2014). Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan hari perkiraan lahirnya (Kuswanti, 2014).

2) Mual dan muntah (*nausea* dan *vomiting*)

Hal lain yang terkait dengan perubahan hormonal dan dikaitkan dengan tanda kehamilan adalah rasa mual dan muntah yang berlebihan atau *hyperemesis*. Walaupun demikian, kondisi ini juga tidak dapat dikategorikan sebagai tanda pasti kehamilan karena berbagai penyebab metabolik lain dapat pula menimbulkan gejala yang serupa. *Hiperemesis* pada kehamilan yang digolongkan normal apabila terjadinya tidak lebih dari trimester pertama (Saifuddin, 2014). Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama, dan sering terjadi pada pagi hari (*morning sickness*). Dalam batas tertentu keadaan ini masih fisiologik. Bila terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut *hyperemesis gravidarum* (Kuswanti, 2014).

3) Mengidam (ingin makanan atau minuman tertentu)

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Kuswanti, 2014).

4) Tidak tahan suatu bau-bauan.

5) Pingsan

Sering dijumpai bila berada ditempat-tempat yang ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan dan hilang sesudah kehamilan 16 minggu (Kuswanti, 2014).

6) Tidak ada selera makan (anoreksia)

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul lagi (Sinclair, 2009).

7) Lelah (fatigue).

Kondisi ini disebabkan oleh menurunnya *Basal Metabolic Rate* (BMR) dalam trimester pertama kehamilan. Dengan meningkatnya aktivitas metabolik produk kehamilan (janin) sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, maka rasa lelah yang terjadi selama trimester pertama akan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan menjadi lebih segar (Saifuddin, 2014).

8) Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri yang disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar montgomery terlihat lebih membesar (Sinclair, 2009).

9) Sering kencing, terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin (Saminem, 2008).

10) Konstipasi atau obstipasi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid (Kuswanti, 2014).

11) Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai di muka (*cloasma gravidarum*), areola payudara, leher, dan dinding perut (Sinclair, 2009).

12) Epulis (hipertrofi dari papila gusi)

Merupakan suatu hipertrofi papilla gingivae. Sering terjadi pada triwulan pertama kehamilan (Kuswanti, 2014).

13) Pemekaran vena-vena (*varises*) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva yang biasanya dijumpai pada triwulan akhir. Biasanya didapat pada daerah genetalia eksterna, fossa poplitea, kaki, dan betis. Pada kehamilan multigravida kadang-kadang *varises* ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, yang kemudian timbul kembali pada triwulan pertama (Kuswanti, 2014).

b. Tanda- tanda kemungkinan hamil (tanda tidak pasti hamil)

Tanda-tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomik dan fisiologik selain dari tanda-tanda presumtif yang dapat dideteksi atau dikenali oleh pemeriksa (Saifuddin, 2014).

1) Perut membesar

Pembesaran dinding abdomen sering dianggap sebagai tanda dari terjadinya kehamilan. Pembesaran tersebut terkait dengan terjadinya pembesaran uterus di rongga abdomen. Penonjolan dinding abdomen biasanya dimulai pada usia 16 minggu dimana uterus beralih dari rongga

pelvik menjadi rongga abdomen. Penonjolan dinding abdomen lebih nyata pada ibu hamil dengan posisi berdirijika dibandingkan dengan posisi berbaring. Juga lebih terlihat pada multipara jika dibandingkan dengan nulipara atau primigravida akibat kendurnya otot-otot dinding perut (Saifuddin, 2014).

2) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim (Sinclair, 2009).

3) Tanda hegar

Konsistensi rahim menjadi lunak, terutama daerah isthmus uteri sedemikian lunaknya, hingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut atas symphysis, maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari serviks (Saifuddin, 2014).

4) Tanda Goodell

Tanda Goodell adalah perubahan konsistensi (yang dianalogikan dengan konsistensi bibir) serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal (dianalogikan dengan ujung hidung) pada saat tidak hamil (Saifuddin, 2014).

5) Tanda Chadwick

Vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (*lividae*) yang disebabkan oleh adanya hipervaskularisasi. Warna porsio juga akan

tampak *lividae*. Hal ini disebabkan oleh adanya pengaruh hormon estrogen (Saminem, 2008).

6) Tanda piscacek

Pembesaran uterus pada awal kehamilan biasanya tidak terjadi secara simetris. Secara normal ovum yang telah dibuahi akan berimplantasi pada segmen atas uterus, terutama pada dinding posterior. Bila lokasi implantasi berada di dekat kornu, maka daerah ini akan lebih cepat membesar jika dibandingkan dengan bagian uterus lainnya. Pembesaran asimetri dan penonjolan salah satu kornu tersebut dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada usia kehamilan 8 sampai 10 minggu (Saifuddin, 2014). Uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran uterus (Kuswanti, 2014).

7) Kontraksi-kontraksi kecil uterus bila dirangsang (*Braxton Hicks*)

Kontraksi braxton hicks terjadi akibat peregangan miometrium yang disebabkan oleh terjadinya pembesaran uterus. Peningkatan akromiosin didalam miometrium juga menjadi penyebab dari meningkatnya kontraksilitas uterus. Kontraksi *braxton hicks* bersifat non ritmik, seporadik, tanpa disertai adanya rasa nyeri, mulai timbul sejak kehamilan 6 minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvik. Kontraksi ini baru dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik

pada kehamilan trimester kedua dan pemeriksaan palpasi abdomen pada kehamilan trimester ke-III.

Dengan semakin meningkatnya usia kehamilan, terjadi pula peningkatan frekuensi, lama, dan intensitas kontraksi *braxton hicks*. Mendekati usia kehamilan aterm, kontraksi ini menjadi lebih teratur dan reguler sehingga disalahartikan sebagai kontraksi persalinan. Persalinan palsu (*false labor*) sangat erat kaitannya dengan kontraksi *braxton hicks* pada kehamilan aterm (Saifuddin, 2014).

8) Teraba ballotement

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dalam uterus (tubuh janin) (Sinclair, 2009).

c. Tanda pasti hamil

Tanda–tanda pasti kehamilan adalah data atau kondisi yang mengindikasikan adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksa (misalnya Denyut Jantung Janin (DJJ), gambaran sonogram janin, dan gerakan janin) (Saifuddin, 2014).

1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba

Gerakan janin dapat dirasakan oleh pemeriksa (Sinclair, 2009). Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada 16 minggu (Kuswanti, 2014). Gerak pertama bayi yang dapat dirasakan ibu disebut dengan *quickenning*, yang sering diartikan sebagai kesan kehidupan.

Walaupun gerakan awal ini dapat dikategorikan tanda pasti kehamilan dan estimasi usia kehamilan, tetapi hal ini sering dikelirukan dengan gerakan usus akibat perpindahan gas didalam lumen saluran cerna. Bagian-bagian tubuh bayi juga dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu (Saifuddin, 2014).

2) Denyut Jantung Janin (DJJ):

- a) Didengar dengan stetoskop monoral laenec (Kuswanti, 2014).
- b) Dicatat dan didengar dengan alat doppler (Saifuddin, 2014).
- c) Dicatat dengan fetu-elektrokardiogram (pada kehamilan 12 minggu) (Kuswanti, 2014).
- d) Dilihat pada Ultrasonografi (USG) atau sinar-X.

Dengan USG, akan dapat terlihat gambaran janin yang berupa ukuran kantong janin, panjang janin, dan diameter biparietalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan (Sinclair, 2009).

5. **Perubahan Anatomi Dan Adaptasi Fisiologis Pada Ibu Hamil**

a. Sistem Reproduksi

Perubahan yang terjadi pada sitem reproduksi diantaranya pada vulva vagina, Serviks uteri, Perubahan uterus, dan Ovarium adalah sebagai berikut:

1) Vulva dan vagina

Akibat pengaruh hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami perubahan pula. Sampai minggu ke 8 terjadi hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan

(lividae), tanda ini disebut tanda chadwick. Warna porsio pun tampak lividae (Leveno *et al*, 2009).

2) Serviks uteri

Pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Jika korpus uteri mengandung lebih banyak jaringan otot, maka serviks lebih banyak mengandung jaringan ikat. Jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen dan dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lunak yang disebut tanda goodell (Saifuddin, 2014).

Selama minggu-minggu awal kehamilann peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan oedema dan kongesti panggul. Akibatnya uterus, serviks, dan isthmus melunak secara progresif dan serviks menjadi kebiruan (tanda chadwick), perlunakan isthmus menyebabkan antefleksi uterus berlebihan selama 3 bulan pertama kehamilan (Kuswanti, 2014).

3) Perubahan uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh adanya:

- a) Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah
- b) Hyperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis yang sudah ada)
- c) Perkembangan desidua (Kuswanti, 2014).

Hipertrofi otot polos uterus dan serabut-serabut kolagen yang ada pun menjadi higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Selain bertambah besar, uterus juga mengalami perubahan berat, bentuk, dan posisi. Dinding otot menjadi kuat dan elastis, fundus pada serviks mudah fleksi yang disebut tanda Mc. Donald. Setelah minggu ke-8 korpus uteri dan serviks melunak dan membesar secara keseluruhan. Fundus menekan kandung kemih menyebabkan wanita sering mengalami urinari frekuensi (sering berkemih) (Saminem, 2008).

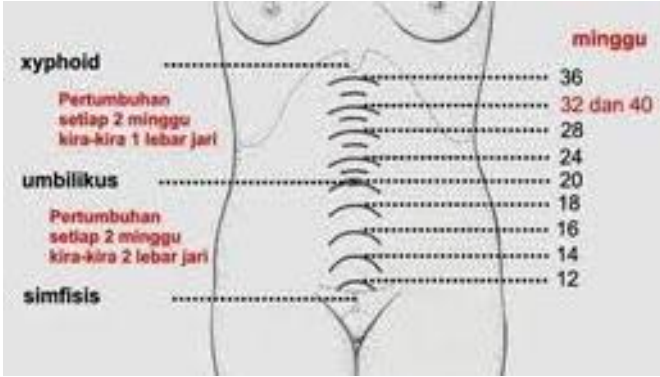
Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar sebesar telur bebek dan pada kehamilan 12 minggu kira-kira sebesar telur angsa. Pada saat ini fundus uteri telah dapat diraba dari luar diatas symphysis. Pada minggu pertama isthmus uteri mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama membuat isthmus menjadi panjang dan lebih lunak yang disebut tanda hegar. Pelunakan isthmus uteri pada sambungan serviks dan korpus ini timbul pada 6 minggu pertama setelah haid terakhir (Saifuddin, 2014).

Tabel 2.1
Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 diatas symphysis	12 minggu
pertengahan symphysis dengan pusat	16 minggu
2/3 diatas symphysis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 diatas pusat	28 minggu
Perengahan pusat dengan prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu

Dua jari dibawah prosesus xifoideus	40 minggu
-------------------------------------	-----------

Sumber: Kumalasari, 2015: 4.



Gambar 2.7

TFU menurut usia kehamilan

Sumber: www.google.co.id (diakses tanggal 12 Desember 2017)

4) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Leveno *et al*, 2009).

b. Payudara

Perubahan ini pasti terjadi pada wanita hamil karena dengan semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi setelah lahir (Saminem, 2008). Perubahan yang terlihat pada payudara adalah:

- 1) Payudara membesar, tegang, dan sakit akibat hormon somatomammotropin, estrogen, dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan Air Susu Ibu

(ASI). Estrogen menimbulkan hipertrofi sistem saluran sedangkan progesteron menambah sel-sel asinus pada mammae (Kuswanti, 2014)

- 2) Vena dibawah kulit payudara membesar dan terlihat jelas. Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah dibawah kulit berdilatasi. Pembuluh darah yang sebelumnya tidak terlihat, sering kali tampak sebagai jalinan jaringan biru dibawah permukaan kulit. Kongesti vena di payudara lebih jelas terlihat pada primiparida. Striae dapat terlihat di bagian luar payudara (Saifuddin, 2014).
- 3) Hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu serta muncul areola mammae sekunder (Saminem, 2008).
- 4) Kelenjar montgomery yang terletak didalam areola mammae membesar dan kelihatan dari luar. Kelenjar montgomery mengeluarkan lebih banyak cairan agar puting susu selalu lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri (Saifuddin, 2014).
- 5) Payudara ibu mengeluarkan cairan apabila dipijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu, warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Saminem, 2008).

c. Sistem endokrin

Perubahan besar pada sistem endokrin yang penting terjadi untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin dan pemulihan pada

masa nifas. Perubahan-perubahan hormonal selama kehamilan terjadi terutama akibat produksi estrogen dan progesteron, plasenta, serta hormon-hormon yang dikeluarkan oleh janin (Kumalasari, 2015).

d. Sistem perkemihan

- 1) Ginjal bekerja lebih berat karena harus menyaring ampas dua orang yaitu ibu dan janin (Kumalasari, 2015).
- 2) Ureter tertekan oleh uterus apabila uterus keluar dari rongga panggul, ureter juga semakin berkelok-kelok dan kendur sehingga menyebabkan perjalanan urine ke kandung kemih melambat. Kuman dapat berkembang di kelokan itu dan menimbulkan penyakit (Saminem, 2008).
- 3) Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali (Saifuddin, 2014).

e. Sistem pencernaan

Perubahan rasa tidak enak di ulu hati disebabkan karena adanya perubahan lambung dan aliran balik asam lambung ke esofagus bagian bawah. Produksi asam lambung menurun. Sering terjadi mual dan muntah karena pengaruh HCG, tonus otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas

seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di lambung dan apa yang dicerna lebih lama berada dalam usus. Saliva atau pengeluaran air liur berlebihan daripada biasanya. Hipersaliva sering terjadi sebagai kompensasi dari mual dan muntah yang terjadi (Saifuddin, 2014).

f. Sistem Metabolisme

Menurut Sarwono dan Hanafi (1995) basal metabolisme rate meningkat 15-20% yang umumnya ditemukan pada triwulan terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas. Keseimbangan asam alkali sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali, wanita tidak hamil kadar sebesar 155 mEq per liter menurun sampai 145-147 mEq per liter. Sehubungan dengan ini serum Na turun dari 142mEq per liter sampai 135-137 mEq per liter dan disertai turunnya plasma bikarbonat dari 25 ke-22 mEq per liter (Andriani dkk, 2012).

Terjadi juga hipertrofi tiroid. Kebutuhan karbohidrat meningkat sampai 2.300 kal/hari. Kebutuhan protein 1 g/kgBB per hari untuk menunjang pertumbuhan janin. Kadar kolesterol plasma meningkat sampai 30 g/ 100 ml. Kebutuhan kalsium, fosfor, magnesium, *cuprum* meningkat. *Ferrum* dibutuhkan sampai kadar 800 mg, untuk pembentukan hemoglobin tambahan. Fosfor, magnesium, tembaga, lebih banyak tertahan pada masa hamil daripada dalam masa tidak hamil. Kadar tembaga dalam plasma meningkat dari 109 hingga 222 mcg per 100 ml, akan tetapi dalam eritrosit kadarnya tetap (Saifuddin, 2014).

Khusus untuk metabolisme karbohidrat, pada kehamilan normal terjadi kadar glukosa plasma ibu yang lebih rendah secara bermakna karena:

- 1) Ambilan glukosa sirkulasi plasenta meningkat.
- 2) Produksi glukosa dari hati menurun.
- 3) Produksi alanin (salah satu *precursor glukoneogenesis*) menurun.
- 4) Aktivitas ekskresi ginjal meningkat.
- 5) Efek hormon-hormon gestasional (*human placental lactogen*, hormon-hormon plasenta lainnya, hormon-hormon ovarium, hipofisis, pankreas, adrenal, *growth factors*, dan sebagainya).
- 6) Perubahan metabolisme lemak dan asam amino.
- 7) Peningkatan enzim-enzim metabolisme pada umumnya (Andriani dkk, 2012).

g. Sistem muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posterior anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Leveno *et al*, 2009).

h. Sistem kardiovaskular

Sirkulasi darah itu dalam kehamilan dipengaruhi oleh sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar pula, uterus yang membesar dengan pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Volume plasenta maternal mulai meningkat pada saat 10 minggu usia kehamilan dan terus menerus meningkat sampai 30-34 minggu, sampai ia mencapai titik maksimum (Kuswanti, 2014).

Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi pengenceran darah (Hemodelusi). Masa puncak terjadi pada umur kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah 25-30%, sedangkan sel darah bertambah 20%. Curah jantung akan bertambah 30%. Bertambahnya hemodelusi darah mulai tampak pada umur kehamilan 16 minggu. Oleh karena itu, ibu hamil yang mengidap penyakit jantung harus berhati-hati. Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim. Namun, pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai dengan anemia fisiologis. Terjadi penurunan hematokrit selama kehamilan normal sehingga disebut anemia fisiologis (Saifuddin, 2014).

Selama hamil, jantung memompa untuk dua orang, yaitu ibu dan janin. Bertambahnya cairan darah meenambah volume darah, tetapi kepekatan darah berkurang dan pembuluh darah membesar. Oleh karena itu, kerja jantung bertambah berat (Saminem, 2008).

Biasanya tekanan darah tidak tinggi meskipun volume darah bertambah, bahkan sedikit turun. Turunnya tekanan darah ini disebabkan oleh kepekatan darah berkurang (Saminem, 2008). Tekanan sistolik akan turun sekitar 5-10 mmHg dan diastolik pada 10-15 mmHg (Kuswanti, 2014).

i. Sistem integument.

1) Payudara.

Payudara biasanya membesar disebabkan karena hipertrofi alveoli. Dibawah kulit payudara sering tampak gambaran-gambaran dari vena yang meluas. Putting susu biasanya membesar dan berwarna lebih gelap serta sering mengeluarkan kolostrum. Kelenjar montgomery menonjol keluar, areola lebih gelap, dan nyeri tekan. Perubahan-perubahan pada payudara ini disebabkan karena pengaruh hormonal (Kumalasari, 2015).

2) Pigmentasi.

Mengalami pengumpulan pigmen di tiga area yaitu *linea nigra* (garis gelap mengikuti *midline* (garis tengah) abdomen), topeng kehamilan (*cloasma gravidarum*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak di kulit kening dan pipi, dan peningkatan pigmentasi (hiperpigmentasi) di sekeliling putting susu (areola) (Leveno *et al*, 2009).

3) Spider angioma.

Spider angioma (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul di kulit, biasanya diatas pinggang. Sementara itu, pelebaran pembuluh darah kecil yang berdinding tipis sering kali tampak di tungkai bawah (Kumalasari, 2015).

4) Striae gravidarum.

Striae gravidarum yaitu tanda regangan yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan terputus. Hal ini mengakibatkan pruritus atau rasa gatal (Saifuddin, 2014). Terdapat dua jenis striae yaitu striae lividae (garis yang berwarna biru) dan striae albikan (garis berwarna putih). Hal ini terjadi karena pengaruh *melanocyte stimulating hormone* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis (Saminem, 2008).

5) Perpirasi dan sekresi kelenjar lemak.

Kelenjar sebacea atau keringat menjadi lebih aktif, akibatnya ibu hamil mungkin mengalami gangguan bau badan, banyak mengeluarkan keringat, dan berminyak (Kumalasari: 2015).

j. Sistem pernapasan

Perubahan pada trimester pertama belum terjadi sepenuhnya karena ibu masih mengalami peningkatan hormon sehingga terjadi mual-mual dan pertumbuhan janin belum sempurna sehingga diafragma belum terdorong keatas oleh karena itu pernapasan ibu masih normal (Megasari dkk, 2015).

Pada trimester kedua kapasitas paru terhadap udara inspirasi nya tetap sama seperti sebelum hamil tetapi kecepatan pernapasan kapasitas vital tidak berubah melainkan yang berubah volume tidal, volume ventilator, dan pengambilan oksigen meningkat karena bentuk dari rongga torak berubah yang mengakibatkan bernapas lebih cepat sehingga 60% wanita hamil mengalami sesak napas (Kumalasari, 2015).

Pada trimester tiga ibu hamil mengalami kesulitan bernapas karena pertumbuhan janin yang semakin membesar mendorong diafragma keatas hingga bentuk dan ukuran dada berubah menjadi lebih kecil. Terjadinya desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu (Kuswanti, 2014).

Kebutuhan oksigen yang meningkat ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya, sedangkan perubahan pada bentuk dada dan lengkungan bertambah besar sesuai usia kehamilan ini dikarenakan uterus yang mendorong keatas. Ibu hamil cenderung bernapas pendek hingga sering terjadi keluhan sesak napas (Megasari dkk, 2015).

k. Berat badan dan indeks massa tubuh

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg, penambahan berat badan dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan berkisar 11-12 kg (Kuswanti, 2014). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1.57 meter. Maka IMT-nya adalah $51 / (1,57)^2 = 20,7$. Nilai IMT mempunyai rentang sebagai berikut:

19,8-26,6 : normal

< 19,8 : *underweight*

26,6-29,0 : *overweight*

> 29,0 : *obese* (Megasari dkk, 2015: 65)

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra-uteri (*Intra-Uterin Growth Retardation-IUGR*) (Saifuddin, 2014).

6. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

a. Nutrisi

Nutrisi pada trimester III nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan terlalu manis dan terlalu asin (garam, ikan asin, tauco dan kecap asin), karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan. Jadwal makan bagi ibu hamil sebaiknya teratur 3 kali sehari akan tetapi apabila ibu tidak bisa makan dalam porsi besar 3 kali sehari dapat diganti dengan 6 kali sehari porsi kecil (Marmi, 2011).

1) Protein

Jumlah protein yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. (Saifuddin, 2010). Tambahan protein diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormon, penambahan cairan darah ibu serta persiapan laktasi.

2) Lemak

Lemak merupakan sumber tenaga yang vital, selain itu dibutuhkan untuk pertumbuhan jaringan plasenta (Hutahaean, 2013). Kebutuhan lemak seorang ibu hamil sebesar 25% dari seluruh kalori yang dikonsumsi sehari. Lemak Omega 3 dapat diperoleh dari kacang-kacangan dan olahannya, serta ikan laut.

3) Vitamin

Vitamin dibagi menjadi 2, yaitu sebagai berikut :

a) Vitamin yang larut dalam lemak.

(1) Vitamin A. Berfungsi untuk membantu proses pertumbuhan sel dan jaringan tulang, mata, rambut, kulit, organ dalam, dan fungsi rahim (Kamariyah, 2014). Kebutuhannya 200 RE (retinol ekivalen) per hari (Hutahaean, 2013).

(2) Vitamin D. Mengonsumsi vitamin D akan dapat mencegah hipokalsemia karena vitamin D dapat membantu penyerapan kalsium dan fosfor yang berguna untuk mineralisasi tulang dan gigi (Hutahaean, 2013). Ibu hamil membutuhkan 400 IU vitamin D (Kamariyah, 2014).

(3) Vitamin E. Ibu hamil membutuhkan 15 mg (22,5 IU) (Kamariyah, 2014). Vitamin E berfungsi untuk pertumbuhan sel, jaringan, dan integrasi sel darah merah (Hutahaean, 2013).

b) Vitamin yang larut dalam air.

- (1) Vitamin C. Berfungsi meningkatkan absorpsi zat besi dari suplemen zat besi. Ibu hamil membutuhkan vitamin C 250 miligram per hari (Varney, 2007).
- (2) Vitamin B6. Ibu hamil membutuhkan 2,2 mg per hari (Kamariyah, 2014; 70). Vitamin B6 penting untuk pembuatan asam amino dalam tubuh (Hutahaean, 2013).
- (3) Asam Folat. Mengurangi angka kejadian anemia megaloblastik. Ibu hamil membutuhkan 200 hingga 400 µg per hari (Varney, 2007). Asam folat juga berfungsi mencegah cacat tabung saraf (*neural tube defects*) seperti spina bifida (Kamariyah, 2014).

4) Mineral

Mineral yang memiliki fungsi penting selama kehamilan adalah sebagai berikut :

- a) Kalsium. Kebutuhan kalsium ibu hamil sebesar 1.200 mg per hari (Kamariyah, 2014). Bila asupan kalsium ibu hamil kurang maka kebutuhan kalsium akan diambil dari gigi dan tulang ibu (Hutahaean, 2013).
- b) Fosfor. Fosfor berfungsi pada pembentukan rangka dan gigi janin serta kenaikan metabolisme kalsium ibu (Hutahaean, 2013). Kebutuhannya sebesar 1.200 mg per hari (Kamariyah, 2014).
- c) Besi. Diperlukan untuk menghasilkan hemoglobin sel darah merah janin dan maternal (Kamariyah, 2014). Semua wanita hamil harus

menerima suplemen zat besi dalam bentuk zat besi ferro 30 mg per hari (Varney, 2007).

- d) Yodium. Defisiensi yodium menyebabkan kretinisme. Tambahan yodium yang dibutuhkan ibu hamil sebanyak 25µg /hari (Hutahaean, 2013).
- e) Seng atau zink. Berfungsi untuk metabolisme sebuah komponen insulin dan enzim sel inti dan aktif dalam sintesi DNA dan RNA. Kebutuhannya sebesar 15 mg per hari (Kamariyah, 2014).
- f) Natrium. Berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan cairan, keseimbangan asam basa, iritabilitas muskuler, juga mengatur permeabilitas sel dan transmisi impuls saraf (Kamariyah, 2014). Natrium pada ibu hamil bertambah sekitar 3,3 gram per minggu sehingga ibu hamil cenderung menderita edema. (Hutahaean, 2013).

Tabel 2.2
Nutrisi Pada Ibu Hamil

Bahan makanan	Kebutuhan perhari	Berat
Nasi	6 porsi (nasi 1 porsi= $\frac{3}{4}$ gelas)	100 g = 175kkal
Sayur	4 porsi (sayur 1 porsi = 1 gelas)	100 g = 25 kkal
Buah	4 porsi (buah 1 porsi= 1 buah pisang ambon)	50 g = 50 kkal
Tempe	4 porsi (tempe 1 porsi= 2 potong tempe sedang)	50 g = 50 kkal
Daging	3 porsi (daging 1 porsi=1 potong daging sedang)	35 g = 50 kkal
Susu	1 porsi (susu 1 porsi= 1 gelas susu)	20 g = 50 kkal
Minyak	6 porsi (minyak 1 porsi= 1 sendok teh minyak)	5 g = 50 kkal
Gula	2 porsi (gula 1 porsi= 1 sendok makan gula)	20 g = 50 kkal

Sumber: Permenkes RI No. 41. 2014; 89

b. Eliminasi

a) Buang Air Kecil (BAK)

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

b) Buang Air Besar (BAB)

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

c. Istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2010).

d. Aktivitas

Olahraga saat hamil merupakan masalah kontroversi yang perlu dipertimbangkan terutama bagi mereka yang mempunyai riwayat persalinan sulit, keguguran dan infertilitas. Aktivitas yang banyak dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Manuaba, 2010).

e. Personal Hygiene

Menurut Marmi (2011) personal hygiene sangat diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi.

f. Hubungan Seksual

Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat pengeluaran cairan disertai rasa nyeri, terjadi perdarahan, mengeluarkan cairan (air) yang mendadak, karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu (Kuswanti, 2014).

7. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil

Kebutuhan psikologis pada ibu hamil diantaranya:

a. Trimester I

Trimester pertama sering dikatakan sebagai masa penentuan. Penentuan untuk membuktikan bahwa wanita dalam keadaan hamil. Pada saat inilah tugas psikologis pertama sebagai calon ibu untuk dapat menerima kenyataan akan kehamilannya. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dengan suami. Banyak wanita merasa butuh dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan, dan kekhawatiran. Semua ini bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama (Kumalasari, 2015).

b. Trimester II

Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat (Kumalasari, 2015). Pada usia kehamilan ini, emosi ibu hamil

jauh lebih baik dan tidak banyak keluhan yang anda rasakan pada trimester sebelumnya. Oleh karena itu, periode ini bisa disebut periode keemasan. Ibu hamil mulai bisa menyesuaikan diri dengan perubahan hormonal kehamilan. Selain itu, tidak banyak muncul keluhan-keluhan fisik. Inilah yang membuat ibu hamil bisa menjalani kehamilan dengan lebih enak dan tidak sedramatis sebelumnya (Megasari dkk, 2015).

c. Trimester III

Menurut Kusmiyati (2009) trimester ketiga ini sering disebut sebagai periode penantian. Periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Trimester tiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak akan tahu kapan dia akan melahirkan (Kumalasari, 2015).

8. Tanda Bahaya Kehamilan TM III

Macam-macam tanda bahaya kehamilan antara lain sebagai berikut:

a. Perdarahan Pervaginam

Perdarahan vagina dalam kehamilan jarang yang normal. Pada kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak, dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa berarti plasenta previa, solusio plasenta dan ruptur uteri (Astuti, 2012).

Menurut Kusmiyati (2008) ada beberapa jenis perdarahan antepartum pada kehamilan lanjut yaitu:

1) Plasenta Previa

Adanya plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian/seluruh ostium uteri internum. Implantasi plasenta yang normal adalah pada dinding depan dan belakang rahim atau di daerah fundus uteri.

Gejala-gejalanya adalah:

- a) Gejala yang terpenting adalah perdarahan tanpa nyeri, bisa terjadi secara tiba-tiba dan kapan saja.
- b) Bagian terendah anak sangat tinggi karena plasenta terletak pada bagian bawah rahim sehingga bagian terendah tidak dapat mendekati pintu atas panggul.
- c) Pada plasenta previa, ukuran panjang rahim berkurang maka plasenta previa lebih sering disertai kelainan letak.

2) Solusio Plasenta

Adalah lepasnya plasenta sebelum waktunya. Secara normal plasenta terlepas setelah anak lahir. Tanda dan gejalanya adalah:

- a) Darah dari tempat plasenta keluar dari serviks dan terjadilah perdarahan keluar atau perdarahan tampak.
- b) Kadang-kadang darah tidak keluar, terkumpul dibelakang plasenta (perdarahan tersembunyi atau perdarahan ke dalam)
- c) Solusio plasenta dengan perdarahan tersembunyi menimbulkan tanda yang lebih khas (rahim keras seperti papan) karena seluruh perdarahan

tertahan di dalam. Umumnya berbahaya karena jumlah perdarahan yang keluar tidak sesuai dengan beratnya syok.

- d) Perdarahan disertai nyeri.
- e) Nyeri abdomen pada saat di pegang.
- f) Palpasi sulit dilakukan.
- g) Fundus uteri makin lama makin naik.
- h) Bunyi jantung biasanya tidak ada.

b. Sakit Kepala yang Berat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali 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-eklampsia (Rukiyah, 2010).

c. 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-eklampsia (Whalley, 2007).

d. Bengkak di Wajah 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-eklampsia (Sulistyawati, 2009).

e. Keluar Cairan per Vagina

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

f. Gerakan Janin Tidak Terasa

Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janinnya selama bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakan bayi akan melemah. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring untuk beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Bayi harus bergerak 3x dalam 1 jam atau minimal 10x dalam 24 jam. Jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya asfiksia janin sampai kematian janin (Sulistyawati, 2009).

g. Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan mengancam keselamatan jiwa adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti appendiksitis, penyakit radang panggul, gastritis dan lain-lain (Astuti, 2012).

9. Ketidaknyamanan Kehamilan TM III

Pada kehamilan trimester III juga terjadi ketidaknyamanan seperti:

- a.** Peningkatan frekuensi berkemih (nonpatologis) dan konstipasi. Frekwensi berkemih pada trimester ketiga sering dialami pada kehamilan primi setelah terjadi lightening. Efek lightening adalah bagian presentasi akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih, sehingga merangsang keinginan untuk berkemih. Terjadi perubahan pola berkemih dari diurnal menjadi nokturia karena edema dependen yang terakumulasi sepanjang hari diekskresi. Dan cara mengatasinya dengan menjelaskan mengapa hal tersebut bisa terjadi dan menyarankan untuk mengurangi asupan cairan menjelang tidur sehingga tidak mengganggu kenyamanan tidur malam.
- b.** Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi penurunan jumlah progesterone. Akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi menyebabkan pergeseran dan tekanan pada usus dan penurunan motilitas pada saluran gastrointestinal. Dan bisa juga akibat efek mengkonsumsi zat besi. Konstipasi dapat memacu hemoroid. Dan cara mengatasinya dengan menjelaskan mengapa hal tersebut bisa terjadi dan mengkonsumsi makanan yang berserat, memenuhi kebutuhan

hidrasi dapat melalui minum air dalam keadaan hangat, dan melakukan olahraga ringan secara rutin (Irianti dkk, 2013).

- c. Edema dependen dan Varises, kedua hal ini disebabkan karena penumpukan mineral natrium yang bersifat menarik air, sehingga terjadi penumpukan cairan di jaringan. Hal ini ditambah dengan penekanan pembuluh darah besar di perut sebelah kanan (*vena kava*) oleh rahim yang membesar, sehingga darah yang kembali ke [jantung](#) berkurang dan menumpuk di tungkai bawah. Penekanan ini terjadi saat ibu berbaring terletang atau miring ke kanan. Oleh karena itu, [ibu hamil](#) trimester 3 disarankan untuk berbaring ke arah kiri (Varney *et al*, 2007). Cara lain dengan menjelaskan mengapa hal tersebut bisa terjadi, meninggikan kaki bila duduk, meningkatkan asupan protein, menganjurkan untuk minum 6-8 gelas cairan sehari untuk membantu diuresis natural, menganjurkan ibu untuk cukup berolahraga (Hutahean, 2013).
- d. Nyeri Ligemen. Ligament uteri melekat di sisi - sisi tepat dibawah uterus. Secara anatomis memiliki kemampuan memanjang saat uterus meninggi dan masuk kedalam abdomen. Nyeri ligamentum uterus uteri diduga akibat peregangan dan penekanan berat uterus yang meningkat pesat pada ligament. Ketidaknyamanan ini merupakan salah satu yang harus ditoleransi oleh ibu hamil. Nyeri punggung bawah tepatnya pada lumbosakral yang diakibatkan terjadinya pergeseran pusat gravitasi dan postur tubuh ibu hamil, yang semakin berat seiring semakin membesarnya uterus. Pengaruh sikap tubuh lordosis, membungkuk berlebihan, jalan tanpa istirahat, mengangkat beban berat terutama dalam kondisi lelah. Dan cara mengatasinya dengan

menjelaskan mengapa hal tersebut bisa terjadi, memberitahu ibu untuk menjaga posisi tubuhnya, menganjurkan ibu untuk senam hamil, mengurangi aktivitas dan menambah istirahat, mengkonsumsi susu dan makanan yang kaya akan kalsium (Irianti dkk, 2013).

e. Sesak Napas

Seiring bertambahnya usia kehamilan, uterus mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma ini akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Varney *et al*, 2007). Penanganan sesak nafas dengan menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang berat dan berlebihan. Disarankan agar ibu hamil mengatur posisi duduk dengan punggung tegak, jika perlu disangga dengan bantal pada bagian punggung, menghindari posisi tidur terlentang karena dapat mengakibatkan terjadinya ketidak seimbangan ventilasi, perkusi akibat tertekanya vena (*Suppin Hipotentation Syndrom*) (Irianto dkk, 2014: 66).

f. Nyeri Ulu Hati

Nyeri ulu hati sangat umum ditemui selama kehamilan terutama pada trimester 3. Gejalanya berupa rasa terbakar atau nyeri pada area retrosternum dada, terutama saat sedang berbaring. Jika berkepanjangan, nyeri ini mungkin merupakan gejala refluks esofagitis akibat regurgitasi isi lambung yang asam. Pada ibu hamil nyeri ulu hati disebabkan oleh pengaruh berat uterus selama kehamilan yang mengganggu pengosongan lambung, juga karena pengaruh progesteron yang merelaksasi spingter esofagus bawah (kardiak). Salah satu penanganannya yaitu menganjurkan ibu untuk menggunakan bantalan saat

tidur, caranya menompang uterus dengan bantal dibawahnya dan sebuah bantal diantara lutut pada waktu berbaring miring (Varney *et al*, 2007).

g. Kram Tungkai

Perbesaran uterus menyebabkan penekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga dapat mengganggu sistem sirkulasi atau sistem saraf, sementara sistem saraf ini melewati foramen obsturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Varney *et al*, 2007). Dan cara mengatasinya dengan menjelaskan mengapa hal tersebut bisa terjadi, melemaskan bagian yang kram dengan masase, meningkatkan asupan kalsium, meningkatkan asupan air putih 6-8 gelas sehari, melakukan senam ringan, istirahat cukup, melakukan latihan nafas melalui senam hamil (Hutahean, 2013).

h. Perubahan libido

Perubahan gairah seksual pada perempuan hamil dapat dipengaruhi oleh perubahan hormon progesteron, estrogen, dan androgen. (Aduboffour, 2010). Perubahan hormon estrogen dan progesteron mempengaruhi ketidaknyaman fisik dan mental dan berefek pada libido (Bertnicka *et al*, 2009). Dan cara mengatasinya dengan menjelaskan mengapa hal tersebut bisa terjadi, menjelaskan pada keluarga perlu pendekatan dengan memberikan kasih sayang pada ibu, menjelaskan pada ibu dan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual selama masa kritis (Hutahean, 2013).

a. Standar Pelayanan Minimal Antenatal

Secara operasional, pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut. Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang di anjurkan sebagai berikut:

- a. Minimal 1 kali pada trimester pertama (sebelum usia kehamilan umur 14 minggu)
- b. Minimal 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 14-28 minggu)
- c. Minimal 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 28-36 minggu atau lebih dari 36 minggu)

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan komplikasi (Depkes RI, 2009).

b. Standar Asuhan Kehamilan

Standar minimal asuhan kehamilan adalah sebagai berikut:

a. Timbang Berat Badan

Secara perlahan berat badan ibu hamil akan mengalami kenaikan antara 9-13 kg selama kehamilan atau sama dengan 0,5 kg per minggu atau 2 kg dalam satu bulan. Penambahan berat badan paling banyak terjadi pada trimester ke II kehamilan (Hani, 2011; 75).

b. Ukur Tekanan Darah

Tekanan darah normal antara 90/60 mmHg hingga 140/90 mmHg dan tidak banyak meningkat selama kehamilan. Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan banyak masalah dalam kehamilan. Aliran darah dari plasenta ke

bayi juga mengalami gangguan sehingga penyaluran oksigen serta makanan terhambat, yang menyebabkan gangguan pertumbuhan (IUFD) dan sebagainya (Rukiyah, 2009; 2)

c. Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Uterus semakin lama semakin membesar seiring dengan penambahan usia kehamilan. Pemeriksaan tinggi fundus uteri dilakukan dengan membandingkan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) dan diukur dengan menggunakan palpasi (metode jari) atau meteran terhadap TFU. Uterus bertumbuh kira-kira 2 jari per bulan (Hani, 2011; 75).

d. Imunisasi TT (Tetanus Toxoid)

Menurut Rukiyah (2009; 7) bahwa imunisasi TT pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu dan imunisasi TT kedua diberikan 4 minggu setelah TT pertama.

Tabel 2.3
Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Waktu Pemberian	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80%
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95%
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	95%
TT 5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/ seumur hidup	99%

Sumber : Kusmiyati (2009; 169).

e. Pemberian Tablet Besi (minimum 90 tablet selama kehamilan)

Selama kehamilan seorang ibu hamil minimal harus mendapatkan 90 tablet tambah darah (Fe), karena sulit untuk mendapatkan zat besi dengan

jumlah yang cukup dari makanan. Untuk mencegah anemia seorang wanita sebaiknya mengonsumsi sedikitnya 60 mg zat besi (mengandung FeSO₄ 320 mg) dan 1 mg asam folat setiap hari. Namun jika ibu sudah menderita anemia, maka sebaiknya mengonsumsi 2 tablet besi dan 1 asam folat per hari. Zat besi penting untuk mengompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan serta perkembangan janin yang adekuat (Rukiyah (2009; 2).

f. Tes terhadap PMS

PMS yang terjadi selama kehamilan berlangsung akan menyebabkan kelainan atau cacat bawaan pada janin dengan segala akibatnya, oleh karena itu tes terhadap PMS perlu dilakukan agar dapat didiagnosis secara dini dan mendapatkan pengobatan secara tepat.

g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

Temu wicara mengenai persiapan tentang segala sesuatu yang kemungkinan terjadi selama kehamilan penting dilakukan. Hal ini penting karena bila terjadi komplikasi dalam kehamilan, ibu dapat segera mendapat pertolongan secara tepat, karena kematian ibu sering terjadi karena 3T, yaitu: Terlambat mengenali bahaya, Terlambat untuk dirujuk, dan Terlambat mendapat pertolongan yang memadai (Kusmiyati, 2009; 169).

Menurut Depkes RI (2009) standar asuhan kehamilan terbagi kedalam 10 bagian, yang disebut juga 10 T yaitu: Timbang berat badan; Ukur tekanan darah; Ukur tinggi fundus uteri; Pemberian tablet zat besi; Pemberian imunisasi TT; Pemeriksaan Hb; Pemeriksaan VDRL; Pemeriksaan

payudara; Senam payudara dan pijat tekan payudara; Pemeliharaan tingkat kebugaran/selama ibu hamil; Temu wicara; Pemeriksaan protein urine atas indikasi; Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi; dan Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis malaria (Suryono, 2010).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Bila kehamilan sudah matang atau cukup bulan (37-40 minggu), bayi akan dikeluarkan dari tubuh ibu. Peristiwa ini disebut persalinan (Wiadnyana, 2011: 17).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir (Saifuddin, 2009: 100).

Persalinan merupakan proses normal, berupa kontraksi uterus involunter yang efektif dan terkoordinasi, yang menyebabkan penipisan dan dilatasi serviks secara progresif serta penurunan dan pelahiran bayi dan plasenta (Benson *et al*, 2008).

2. Jenis-Jenis Persalinan

Menurut Marmi (2012) jenis-jenis persalinan berdasarkan definisi dibagi menjadi:

a. Persalinan Spontan

Bila seluruh persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri (Rohani dkk, 2011: 3).

b. Persalinan buatan

Persalinan buatan yaitu persalinan dengan tenaga dari luar dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan sectio sesaria.

c. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang. (Rukiyah dkk, 2009).

Menurut Rohani dkk (2011) jenis-jenis persalinan berdasarkan cara persalinan dibagi menjadi:

a. Persalinan Normal

Menurut Depkes RI (2004), mengatakan bahwa persalinan normal yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kelahiran cukup bulan (37-40 minggu), lahir melalui jalan lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18-24 jam, persalinan dikatakan normal apabila tidak ada komplikasi dan persalinan dilakukan dengan tenaga ibu sendiri dan Lama persalinan tidak boleh lebih dari 24 jam (Oxom, 2010).

b. Persalinan luar biasa (abnormal)

Menurut Mochtar (2011), menyatakan bahwa proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar, dapat disebut juga dengan persalinan luar biasa (abnormal) yaitu persalinan dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut atau dengan melakukan operasi *caesarea*.

Menurut Mochtar (2011) persalinan berdasarkan umur kehamilan :

- a. Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viable*), berat janin di bawah 1.000 gram atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.
- b. Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28 - 36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur; berat janin antara 1.000-2.500 gram.
- c. Partus matures atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2.500 gram.

- d. Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.
- e. Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin di kamar mandi, di atas kendaraan, dan sebagainya.
- f. Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya *Cephalo pelvic Disproportion* (CPD).(Rohani dkk, 2011).

3. Sebab Mulainya Persalinan

Ada beberapa teori yang mendukung tentang penyebab mulainya persalinan diantaranya:

- a. Teori penurunan kadar hormon progesteron.

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar hormon progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion (Oktarina, 2016:3).

- b. Teori rangsangan estrogen.

Estrogen menyebabkan iritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada desidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium) (Oktarina, 2016:3).

- c. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi braxton hicks .

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tapi berlangsung lama dan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah

hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri (Oktarina, 2016:3).

d. Teori keregangan.

- i. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas waktu tertentu.
- ii. Setelah melewati batas waktu tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Rohani dkk, 2011; 23).

e. Teori oksitosin

Hormon oksitosin mempengaruhi kontraksi otot-otot rahim. Pada akhir kehamilan, kadar oksitosin bertambah, sehingga uterus menjadi lebih sering berkontraksi.

f. Teori plasenta sudah tua.

Menurut teori ini, plasenta menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Marmi, 2012: 14).

g. Teori distensi Rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor

yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi (Manuaba, 2010).

h. Teori iritasi mekanik

Tekanan pada ganglion servikale dari *pleksus frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan (Wiknjosastro, 2007).

i. Induksi partus (*induction of labour*)

Partus yang ditimbulkan dengan jalan :

- 1) Memecahkan ketuban (amniotomi) Pemecahan ketuban akan mengurangi keregangan otot rahim sehingga kontraksi segera dapat dimulai.
- 2) Induksi persalinan secara hormonal/kimiawi Dengan pemberian oksitosin drip/prostaglandin dapat mengakibatkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- 3) Induksi persalinan dengan mekanis dengan menggunakan beberapa gagang laminaria yang dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser.
- 4) Induksi persalinan dengan tindakan operasi dengan cara seksio caesaria. (Manuaba, 2009).

4. Tanda Dan Gejala Persalinan

Menurut Marmi (2012) tanda-tanda inpartu sebagai berikut:

a. Perasaan distensi berkurang (lightening)

Lightening adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu menjelang persalinan, adalah

penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (*engaged*) setelah *lightening*. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar di dalam abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun *lightening* tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi pada struktur di area pelvis minor.

Lightening menyebabkan tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Pada kondisi ini, bidan tidak dapat melakukan pemeriksaan *ballotement* terhadap kepala janin yang sebelumnya dapat digerakkan diatas simfisis pubi pada palpasi abdomen. Pada Leopold 4 jari-jari yang sebelumnya merapat sekarang akan memisah lebar (Asri, 2012; 58).

b. Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi (Asri, 2012; 58).

c. Terjadinya His

His adalah kontraksi yang menimbulkan rasa nyeri pada bagian perut serta menimbulkan pembukaan serviks dan dapat diraba. His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:



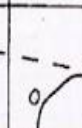


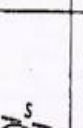
1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan

- 2) Sifat his teratur, interal semakin pendek dan kekuatan semakin besar
- 3) Terjadi perubahan pada serviks
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, maka kekuatan hisnya akan bertambah

d. Penurunan Kepala Janin

Penilaian penurunan kepala dilakukan dengan menghitung proporsi bagian bawah janin yang masih berada diatas tepi atas shypisi dan dapat diukur dengan lima jari tangan (per limaian). Bagian diatas shumpsis adalah proporsi yang belum masuk PAP.

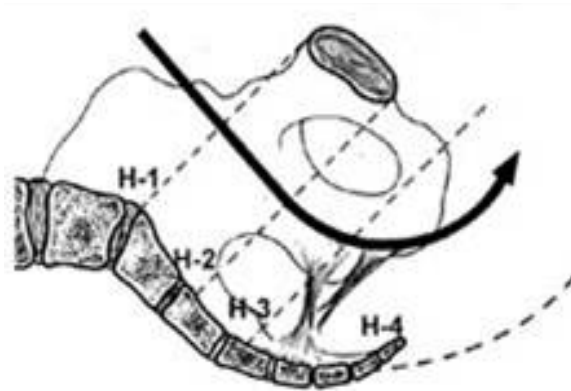
- 1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas symfisis pubis.
- 2) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.
- 3) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.
- 4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada diatas symfisis dan (3/5) bagian telah masuk PAP.
- 5) 1/5 jika 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas symfisis dan 4/5 bagian telah masuk PAP.
- 6) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Widia, 2015 : 64-65).

5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
					
sama sekali di atas PAP	sinsiput: tinggi oksiput: mudah diraba	sinsiput: mudah diraba oksiput: teraba	sinsiput: teraba oksiput: sedikit teraba	sinsiput: teraba oksiput: tak teraba	kepala tak teraba lagi

Gambar 2.8
Penurunan Kepala Perlimaan
Sumber: www.google.co.id (diakses 10 Desember 2017)

e. Hodge

Bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/ vagina touch (VT).



Gambar 2.9

Hodge I-IV

Sumber: <https://www.google.co.id>

Hodge I : dibentuk pada lingkaran pap dengan bagian atas symphysis pada promontorium.

Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggr bawah symphysis.

Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.

Hodge IV : sejajar I, II, dan III setinggi os coccygis.

f. Keluarnya lendir bercampur darah

Pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka sedangkan keluarnya lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanalis servikalis.

g. Kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Jika ketuban telah pecah, diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam waktu 24 jam, namun apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu seperti ekstraksi vakum, atau SC.

5. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

a. *Power* (His dan tenaga lain dalam persalinan / kekuatan yang mendorong janin keluar)

Setiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Ditempat tersebut ada suatu *pace maker* darimana gelombang his berasal. Gelombang bergerak ke dalam dan ke bawah dengan kecepatan 2 cm tiap detik untuk mengikut sertakan seluruh uterus.

His yang sempurna dan efektif adalah bila ada koordinasi dari gelombang kontraksi, sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus uteri, dan mempunyai amplitudo 40-60 mmHg, yang berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu antara 2-4 menit, dan pada relaksasi tonus uterus kurang dari 12 mmHg. Jika frekuensi dan amplitudo his lebih tinggi, maka hal ini dapat

mengurangi pertukaran O_2 . Terjadilah hipoksia janin dan timbul gawat janin yang secara klinik dapat ditentukan dengan antara lain menghitung detak jantung janin. Frekuensi detak jantung janin meningkat lebih dari 160 per menit dan tidak teratur. Agar peredaran darah ke uterus menjadi lebih baik, ibu disuruh berbaring ke sisi, sehingga uterus dengan isinya tidak dengan keseluruhan menekan pembuluh-pembuluh darah di panggul (Wiknjosatno, 2007).

Kontraksi uterus bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi, yang memiliki fungsi penting berikut :

- 1) Mengistirahatkan otot uterus
- 2) Memberi kesempatan istirahat bagi wanita
- 3) Mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan konstriksi pembuluh darah plasenta (Varney, 2007).

Pada waktu umur kehamilan 28 minggu dapat diraba adanya kontraksi uterus (tanda *Braxton-Hicks*). Pada seluruh kehamilan dapat dicatat adanya kontraksi ringan dengan amplitude 5 mmHg tiap menit yang tidak teratur. His sesudah kehamilan 30 minggu makin terasa lebih kuat dan lebih sering. His dalam persalinan kala I, sesudah tiap his, otot-otot korpus uteri menjadi lebih pendek dari sebelumnya. Secara fisiologik otot-otot tersebut mengalami brakhistasis atau yang disebut otot-otot uterus mengalami retraksi. Serviks yang kurang mengandung otot, tertarik dan dibuka, lebih-lebih jika ada tekanan bagian bawah yang merangsang pleksus syaraf setempat. Otot sirkuler yang ada diserviks fisiologis mengalami mesystatis (Wiknjosatno, 2007).

His pada kala II, ibu mulai mengedan/meneran, kekuatan uterus optimal karena adanya kontraksi diafragma dan otot-otot dinding abdomen. His pada kala II masih ada berlangsung 2-6 menit setelah plasenta lahir menyebabkan amplitude his masih tinggi tapi frekuensi berkurang. His pada kala IV, oksitosin membuat uterus berkontraksi dan membuat otot polos disekitar alveola mammae berkontraksi pula, sehingga ASI keluar disebut Reflek Oksitosin (Manuaba, 2009).

b. *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan (Sumarah, 2009).

c. *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Passanger atau janin, bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka ia dianggap juga sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Sumarah, 2009).

d. *Psycology* (Psikologi Ibu)

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya.

Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanyai. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Sumarah, 2009).

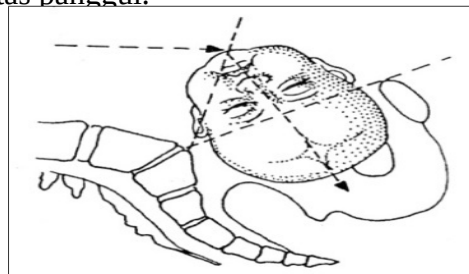
e. *Psycian* (Penolong)

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu atau janin. Bila diambil keputusan untuk melakukan campur tangan, ini harus dipertimbangkan dengan hati-hati, tiap campur tangan bukan saja membawa keuntungan potensial, tetapi juga risiko potensial. Pada sebagian besar kasus, penanganan yang terbaik dapat berupa “observasi yang cermat” (Herlina, 2009).

6. Mekanisme Persalinan

a. *Engagement*

Pada tahap *engagement* (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitismus (Wiknjosastro, 2009; 310). Menambahkan sinklitismus yaitu bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atau panggul. Varney (2007; 755) menjelaskan *engagement* terjadi untuk posisi LOT dan ROT dengan sutura sagitalis janin dengan diameter transversum pada pintu atas panggul dan diameter biparietal janin dalam diameter anteroposterior pada pintu atas panggul.



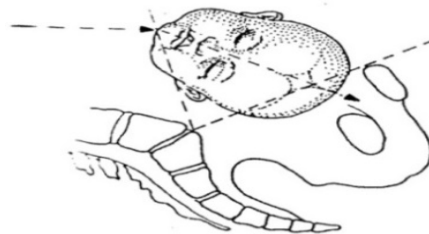
Gambar 2.10

Asinklitismus anteroposterior

Sumber: www.google.co.id (diakses 13 November 2017)

b. *Descent*

Pada tahap *descent* (penurunan kepala) terjadi peristiwa asinklitismus posterior (Litzman) pada simpisis di mana apabila keadaan sebaiknya dari asinklitismus anterior.



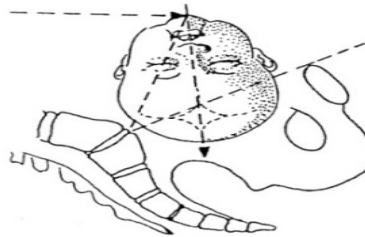
Gambar 2.11

Asinklitismus anterior

Sumber : www.google.co.id (diakses 13 November 2017)

c. *Fleksi*

Pada tahap ini terjadi peristiwa asinklitismus anterior (Neagele) pada promotorium, di mana apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan dengan pintu atas panggul. Menurut Oxorn (2010; 86), menambahkan bahwa tahanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun mendahului sinciput, UUK lebih rendah dari pada bregma dan dagu janin mendakati dadanya. Efek dari fleksi ini adalah untuk merubah diameter terendah dari occipitofrontalis (11,0 cm) menjadi subicchioito bregmatika (9,5 cm) yang lebih kecil dan lebih kuat.



Gambar 2.12
Asinklitismus posterior
Sumber: Wiknjosastro dkk. 2009; 311

d. Rotasi *internal*

Terjadi putaran paksi dalam di dasar panggul. Oxorn (2010; 88) menambahkan bahwa sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan sumbu panjang panggul ibu. Karenanya kepala janin yang masuk PAP pada diameter atau obliqua harus berputar ke diameter anteroposterior supaya dapat lahir. Inilah yang dimaksud putaran paksi dalam. Pada saat ini UUK masuk ke PTP tempat berhubungan dengan dasar panggul (*musculus* dan *facia levator ani*). Ditempat ini UUK berputar 45° ke kanan ke diameter anteroposterior panggul: LOA ke OA. UUK mendekati simpisis pubis dan sinciput mendekati sacrum.

e. *Ekstensi*

Pada tahap ini terjadi moulage kepala janin, ekstensi, hipmoklin UUK di bawah simpisis. Oxorn (2010; 90) menambahkan pada dasarnya ekstensi disebabkan oleh dua kekuatan yaitu: (1) kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah, dan (2) dasar panggul yang memberikan tahanan. Oleh karena dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4 sampai 5 cm sedangkan dinding belakang (sacrum) 10 sampai 15 cm, dengan demikian siniciput harus menempuh jarak yang lebih panjang dari pada occiput. Dengan demikian semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan kepala membuka pintu (Crowning). Occiput melewati PAP secara perlahan dan tengkuk menjadi titik putar di *angulus subpubicus*, kemudian dengan proses ekstensi yang cepat siniciput menelusuri sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirlah bregma, dahi, hidung, mulut, dan dagu melalui perineum.



Gambar 2.13
Kepala janin ekstensi
Sumber : Manuaba dkk. 2010: 185

f. Ekspulsi kepala janin

Terjadi peristiwa lahirnya secara berturut-turut UUB, dahi, muka, dan dagu.



Gambar 2.14
Ekpulsi kepala janin
Sumber : Manuaba dkk. 2010: 185

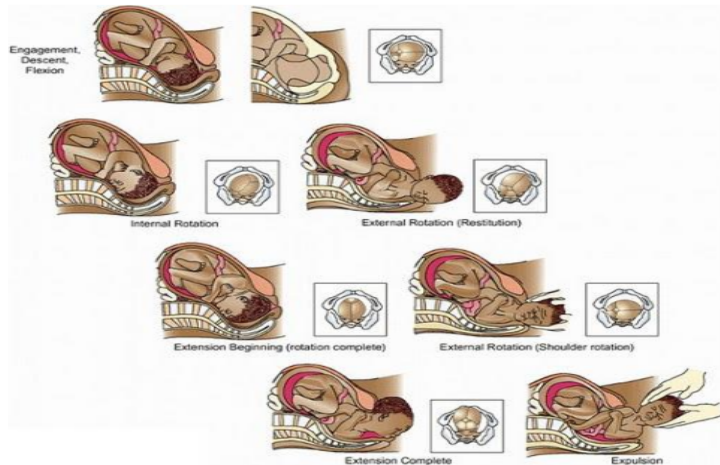
g. Rotasi eksternal

Pada tahap ini terjadi putaran paksi luar (restitusi). Oxorn (2010; 92) menambahkan pada waktu kepala mencapai dasar panggul maka bahu memasuki panggul. Oleh karena panggul tetap berada pada diameter obliqua sedangkan kepala berputar ke depan, maka leher ikut berputar. Begitu kepala dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan restitusi kembali 45° (OA menjadi LOA) sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali.



Gambar 2.15
Rotasi Eksternal
Sumber : Manuaba dkk. 2010: 185

Seluruh proses persalinan di atas selanjutnya dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 2.16

Mekanisme gerakan kepala janin pada persalinan normal mulai dari *engagement* hingga *descent*

Sumber: www.google.co.id (diakses 14 Oktober 2017)

7. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi dalam 4 kala menurut Saifuddin (2008) yaitu:

a. Kala I

Dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm) (Saifuddin, 2009: 100). Inpartu ditandai dengan keluarnya lender bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala 1 disebut juga sebagai kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan (Manuaba, 2009). Proses pembukaan serviks sebagai akibat his di bagi menjadi 2 fase :

1) Fase Laten

Fase yang di mulai pada pembukaan serviks 0 dan berakhir sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm. Pada fase ini kontraksi uterus meningkat. Frekuensi, durasi dan intensitasnya setiap 10-20 menit, lama 15-20 detik dengan intensitas cukup menjadi 5-7 menit, lama 30-40 detik dan dengan intensitas yang kuat (Saifuddin, 2014: 234).

2) Fase Aktif

Fase yang di mulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir sampai pembukaan serviks mencapai 10 cm. Pada fase ini kontraksi uterus menjadi efektif di tandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi. Tekanan puncak kontraksi yang di hasilkan mencapai 40-50 mmHg. Di fase aktif, kontraksi berlangsung antara 2-3 menit sekali selama 60 detik, dengan kekuatan lebih dari 40 mmHg. Fase aktif di bedakan menjadi fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi (Rohani dkk, 2011)

- a) Fase Akselerasi: dari pembukaan serviks 3 cm menjadi 4 cm, fase ini merupakan fase persiapan menuju fase berikutnya.
- b) Fase Dilatasi Maksimal: fase ini merupakan waktu ketika dilatasi serviks meningkat dengan cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm selama 2 jam. Normalnya pembukaan serviks pada fase ini konstan yaitu 3 cm perjam untuk multipara dan 1,2 cm untuk primipara.
- c) Fase Deselerasi: merupakan akhir fase aktif, di mana dilatasi serviks pada fase ini berjalan lambat, rata-rata 1 cm perjam, namun pada multipara dapat berjalan lebih cepat (Marmi, 2012).

Asuhan-asuhan Kebidanan Pada Kala I yaitu:

- a) Pemantauan terus menerus kemajuan persalinan menggunakan partograf.
- b) Pemantauan terus-menerus vital sign.
- c) Pemantauan terus menerus terhadap keadaan bayi.
- d) Pemberian hidrasi bagi pasien.
- e) Menganjurkan dan membantu pasien dalam upaya perubahan posisi dan ambulansi.
- f) Mengupayakan tindakan yang membuat pasien nyaman.
- g) Memfasilitasi dukungan keluarga. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

b. Kala II

Kala 2 di sebut juga kala pengeluaran. Kala ini di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam multigravida. (Sumarah, 2008). Tanda dan gejala kala 2 adalah sebagai berikut:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- 2) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 3) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan/atau vagina.
- 4) Perineum menonjol.
- 5) Vulva-vagin`a dan sfingter ani terlihat membuka.
- 6) Menjelang akhir kala 1 ketuban pecah yang di tandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 7) Ketuban pecah pada pembukaan yang di deteksi lengkap dan di ikuti keinginan untuk mengejan, keran tertekannya fleksus frankenhauser.

- 8) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi : kepala membuka pintu, sub occiput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian lahir secara berturut-turut lahir ubun-ubun bear, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya.
- 9) Kepala lahir seluruhnya dan di ikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 10) Setelah putar paksi luar, maka persalinan bayi di tolong dengan jalan :
 - a) Kepala di pegang pada occiput dan di bawah dagu, di tarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang, kemudian di tarik ke atas sedikit untuk mengeluarkan bahu depan.
 - b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak di kain untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - c) Bayi lahir di ikuti oleh air ketuban`
- 11) Pada primigravida kala 2 ini berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 30 menit. (Megasari dkk, 2015: 35).

Tabel 2.4
Lamanya persalinan

Lama Persalinan		
Tahapan	Primipara	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	¼ jam
Total	14 ½ jam	7 ¾ jam

Sumber : Rohani dkk, 2011.

Asuhan-asuhan Kebidanan Pada Kala II Yaitu :

- 1) Evaluasi kontinu kesejahteraan ibu.
- 2) Evaluasi kontinu kesejahteraan janin.

- 3) Evaluasi kontinu kemajuan persalinan.
- 4) Perawatan tubuh wanita.
- 5) Asuhan pendukung wanita dan orang terdekatnya serta keluarga.
- 6) Persiapan kelahiran.
- 7) Pentalaksanaan kelahiran.
- 8) Pembuatan keputusan untuk penatalaksanaan kala II kelahiran.

c. Kala III

Setelah kala dua, kontraks uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi sudah mulai pelepasan plasentanya pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim (Megasari dkk, 2015: 35).

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Jika lebih dari 30 menit, maka harus di beri penanganan yang lebih atau dirujuk (Sumarah, 2008). Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

- 1) Uterus menjadi bundar
- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan

Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir (Marmi, 2012). Pelepasan plasenta terjadi dalam 2 mekanisme, yaitu :

- 1) Mekanisme Schultze, yaitu darah dari tempat plasenta tumpah dalam kantong inversi dan tidak mengalir keluar sampai setelah ekstruksi plasenta.

2) Mekanisme Duncan yakni pemisahan plasenta pertama kali terjadi di perifer, dengan akibat darah mengumpul diantara membrane dinding uterus dan keluar dari plasenta. Pada situasi ini, plasenta turun ke vagina secara menyamping, dan permukaan ibu adalah yang pertama kali terlihat di vulva (Prawirohardjo, 2008).

d. Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah:

- 1) Memeriksa tingkat kesadaran.
- 2) Pemeriksaan tanda tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadi perdarahan atau jumlah perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Rohani dkk, 2011).

Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- 1) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri. Periksa fundus setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.
- 3) Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi. Tawarkan ibu untuk makan atau minum yang disukainya.
- 4) Bersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.

- 5) Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu pada posisi yang nyaman.
- 6) Biarkan bayi berada didekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi. Menyusui juga dapat dipakai sebagai permulaan dalam meningkatkan hubungan ibu dan bayi.
- 7) Bayi sangat bersiap segera setelah melahirkan. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga dapat membantu proses kontraksi uterus.
- 8) Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- 9) Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomy)
- 10) Evaluasi kondisi ibu secara umum.
- 11) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

Pemantauan keadaan umum ibu pada kala IV:

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu disebabkan oleh perdarahan postpartum dan terjadi dalam 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena alasan ini, penting sekali untuk memantau ibu secara ketat segera setelah setiap tahapan atau kala persalinan dilakukan.

Hal-hal yang perlu dipantau selama dua jam pertama pascapersalinan:

- 1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.
- 2) Pemijatan uterus untuk memastikan uterus menjadi keras, setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.
- 3) Pantau suhu ibu satu kali dalam jam pertama dan satu kali pada jam kedua pascapersalinan.
- 4) Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan 30 menit dalam satu jam kedua.
- 5) Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus, juga bagaimana melakukan pemijatan jika uterus menjadi lembek.

8. Lima Benang Merah

Menurut JNPK-KR (2008) Ada lima aspek dasar atau **Lima Benang Merah**, 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** tersebut adalah:

a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang sangat penting untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh

pasien. Keputusan ini harus akurat, komprehensif, dan aman baik bagi pasien dan keluarganya maupun bagi petugas yang memberikan pertolongan.

1) Pengumpulan data.

Semua pihak yang terlibat mempunyai peranan penting dalam setiap langkah untuk membuat keputusan klinik. Data utama (misalnya riwayat persalinan), data subyektif yang diperoleh dari anamnesis (misalnya keluhan pasien), dan data obyektid dari pemeriksaan fisik (misalnya tekanan darah) diperoleh melalui serangkaian upaya sistematis terfokus. Validitas dan akurasi data akan sangat membantu pemberi pelayanan untuk melakukan analisis yang pada akhirnya akan menghasilkan keputusan klinik (JNPK-KR, 2008).

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara:

- a) Anamnesis dan observasi langsung: berbicara dengan ibu, mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisi dan mencatat riwayat kesehatan ibu. Termasuk juga mengamati perilaku ibu dan apakah ibu terlihat sehat atau sakit, merasa nyaman atau nyeri.
- b) Pemeriksaan fisik: inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.
- c) Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan laboratorium, USG, rontgen, dan sebagainya.
- d) Catatan medik (Nurasiah, 2012).

2) Interpretasi data untuk mendukung diagnosa atau identifikasi masalah.

Data yang terkumpul, kemudian dilakukan analisis untuk selanjutnya dirumuskan atau didiagnosa (Asri 2010 dalam Nurashiah, 2012). Sedangkan

menurut Asri (2010) langkah awal dari perumusan masalah atau diagnosa masalah adalah pengolahan data atau analisis data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta. Pastikan data yang dikumpulkan dapat mendukung untuk mendiagnosa (Nurasiah, 2012).

Untuk identifikasi masalah dan membuat diagnosis diperlukan:

- a) Data yang lengkap dan akurat.
- b) Kemampuan untuk menginterpretasi data atau analisis data.
- c) Pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada (JNPK-KR, 2008).

Contoh:

Diagnosis : G₂P₁₀₀₀₁ usia kehamilan 38 minggu inpartu kala 1 fase laten

Masalah : ibu takut untuk menghadapi persalinan (JNPK-KR, 2008).

3) Menetapkan diagnosis atau masalah potensial.

Setelah melakukan identifikasi masalah, pada langkah ini adalah menetapkan diagnosis masalah. Selanjutnya lakukan antisipasi segera kemungkinan adanya penyulit yang mungkin terjadi setelah diagnosa dibuat atau menentukan diagnosa potensial (Nurasiah, 2012).

Dalam pekerjaan sehari-hari, penolong persalinan yang terampil, akan segera mengetahui bahwa seorang pasien adalah primigravida dalam fase aktif persalinan (diagnosis). Tetapi apabila sang ibu juga mengalami anemia (masalah) maka identifikasi penyebab masalah ini tidaklah mudah seperti membuat diagnosis diatas. Hal tersebut memerlukan analisis lanjutan untuk

menentukan apakah anemia tadi disebabkan oleh defisiensi zat besi (kurang asupan), infeksi parasit (malaria, cacing, dan sebagainya) atau budaya setempat (faktor sosial dan rendahnya pendidikan) yang melarang ibu hamil mengonsumsi makanan bergizi (malnutrisi). Dengan kata lain, walaupun sudah ditegakkan diagnosis kerja tetapi bukan berarti bahwa tidak ada masalah lain yang dapat menyertai atau mengganggu upaya pertolongan yang akan diberikan oleh seorang penolong persalinan (JNPK-KR, 2008).

- 4) Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Petugas kesehatan tidak hanya diharapkan terampil membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan bayinya. Untuk mengenali situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan budaya masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan ibu dan bayinya apabila situasi gawat darurat memang terjadi. Upaya ini dikenal sebagai kesiapan menghadapi persalinan dan tanggap terhadap komplikasi yang mungkin terjadi (*birth preparedness and complication readiness*) (Nurasiah, 2012).

- 5) Menyusun rencana asuhan atau intervensi.

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang telah diperoleh, identifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi, dan mengukur sumberdaya atau

kemampuan yang dimiliki. Hal ini dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya dari berbagai masalah atau penyulit potensial dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu ataupun mengancam keselamatan ibu dan bayi (JNPK-KR, 2008).

6) Melaksanakan asuhan.

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindarkan terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan/atau bayinya yang baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat membuat pilihan yang baik dan benar (Nurasiah, 2012).

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pilihan adalah:

- a) Bukti-bukti ilmiah
- b) Rasa percaya ibu terhadap penolong persalinan
- c) Pengalaman saudara atau kerabat untuk kasus yang serupa
- d) Tempat dan kelengkapan fasilitas kesehatan
- e) Biaya yang diperlukan
- f) Akses ke tempat rujukan
- g) Luaran dari sistem dan sumberdaya yang ada (JNPK-KR, 2008).

7) Memantau dan mengevaluasi efektivitas asuhan atau intervensi solusi

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian dievaluasi untuk menilai efektivitasnya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan

dengan rencana kebutuhan saat itu. Proses pengumpulan data, membuat diagnosis, memilih intervensi, menilai kemampuan diri, melaksanakan asuhan atau intervensi, dan evaluasi adalah proses sirkuler (Nurasiah, 2012).

Asuhan atau intervensi dianggap membawa manfaat dan teruji efektivitasnya apabila masalah yang dihadapi dapat diselesaikan atau membawa dampak yang menguntungkan terhadap diagnosis yang telah diberikan (JNPK-KR, 2008).

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membayangkan mengenai asuhan sayang ibu adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri, “seperti inilah asuhan yang ingin saya dapatkan?” atau “apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil?” (JNPK-KR, 2008).

c. Pencegahan infeksi

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

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

1) Cuci tangan

- a) Secara praktis, mencuci tangan secara benar merupakan salah satu tindakan pencegahan infeksi paling penting untuk mengurangi penyebaran penyakit dan menjaga lingkungan bebas dari infeksi. Cuci tangan dilakukan sesuai dengan Standar dan prosedur yang ada.

- b) Pakai sarung tangan

Untuk tindakan pencegahan, sarung tangan harus digunakan oleh semua penolong persalinan sebelum kontak dengan darah atau cairan tubuh dari klien. Sepasang sarung tangan dipakai hanya untuk seorang klien guna mencegah kontaminasi silang. Jika mungkin, gunakanlah sarung tangan sekali pakai, namun jika tidak mungkin sebelum dipakai ulang sarung tangan dapat dicuci dan disteril dengan otoklaf, atau dicuci dan didesinfektan tingkat tinggi dengan cara mengukus. (Riyat, 2012; 49):

- c) Penggunaan Cairan Antiseptik

Penggunaan antiseptik hanya dapat menurunkan jumlah mikroorganisme yang dapat mengkontaminaasi luka dan dapat menyebabkan infeksi. Untuk mencapai manfaat yang optimal,

penggunaan antiseptik seperti alkohol dan Iodofor (Betadin) membutuhkan waktu beberapa menit untuk bekerja secara aktif. Karena itu, untuk suatu tindakan kecil yang membutuhkan waktu segera seperti penyuntikan oksitosin IM saat penatalaksanaan aktif kala III dan pemotongan tali pusat saat bayi baru lahir, penggunaan antiseptik semacam ini tidak diperlukan sepanjang alat-alat yang digunakan steril atau DTT.

d) Pemrosesan alat bekas

Proses dasar pencegahan infeksi yang biasa digunakan untuk mencegah penyebaran penyakit dari peralatan, sarung tangan dan bahan-bahan lain yang terkontaminasi. (Riayat, 2012; 49). Dalam pemrosesan alat bekas dapat menggunakan air DTT atau rendam di larutan klorin 0,5 %. Untuk membuat larutan klorin, yang pertama harus dilakukan adalah menentukan dulu jenis konsentrasinya. Karena, lain jenis lain pula cara perhitungannya. Hanya dibutuhkan sedikit perhitungan yang sangat sederhana.

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair : Jumlah bagian air = ((% Larutan Konsentrat)/(% Larutan yang diinginkan)) – 1 Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5,25%

(1) Jumlah bagian air = $(5,25\% : 0,5\%) - 1 = 10,5 - 1 = 9,5$

(2) Tambahkan 9 bagian (pembulatan kebawah dari 9,5) air ke dalam 1 bagian larutan klorin 5,25 % Air tidak perlu dimasak Rumus untuk

membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin kering: Jumlah bagian air = (% larutan yang diinginkan : % konsentrat) x 1000.

Contoh : Untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin yang bisa melepaskan klorin (seperti kalsium hipoklorida) yang mengandung 35% klorin.

(1) Gram/liter = (0,5% : 35%) x 1000 = 14,3 gram/liter

(2) Tambahkan 14 gram (pembulatan kebawah dari 14,3) bubuk klorin 35% kedalam 1 liter air bersih.

d. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan

Catat semua asuhan yang telah di berikan kepada ibu dan /bayinya. Jika asuhan tidak di catat, dapat di anggap bahwa hal tersebut tidak di lakukan. Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena mmungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang di berikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah di kumpulkan dan lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya.

e. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, di harapaakan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu

akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10 – 15 % di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanan kasus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir. (JNPKKR, 2007).

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

- 1) Pembedahan termasuk bedah sesar
- 2) Transfusi darah
- 3) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cunam
- 4) Pemberian antibiotik intravena
- 5) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir

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

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

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

Dari beberapa persiapan-persiapan dan informasi yang harus dimasukkan dalam rencana rujukan, untuk memudahkan bagi penolong untuk mengingat hal-hal penting tersebut maka terdapat singkatan BAKSOKUDA.

B : BIDAN

A : ALAT

K : KELUARGA

S : SURAT

O : OBAT

K : KENDARAAN

U : UANG

D : DARAH

Kaji ulang rencana rujukan pada ibu dan keluarganya selama ibu melakukan kunjungan asuhan antenatal atau awal persalinan (jika mungkin). Jika ibu belum membuat rencana rujukan selama kehamilannya, maka penting untuk mendiskusikan rencana tersebut dengan ibu dan keluarganya di awal persalinan. Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir (Azwar, 2008; 32).

9. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

a. Mengenali Gejala dan Tanda Kala Dua

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala Dua
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi, tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm di atas tubuh bayi. Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik))

c. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan
- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf

d. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran

- 11) 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
- 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai

- c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 - 6 cm
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu
- 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
- 18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

f. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi

defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal

- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan 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 di antara dua klem tersebut
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) 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).

g. Penanganan Bayi Baru Lahir

- 25) Lakukan penilaian (selintas):

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
- c) Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK,” lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir (melihat penuntun berikutnya) Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke-26

26) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

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

28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

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

30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal(ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

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

- b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. .Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

h. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga

- 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak

segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

i. Mengeluarkan Plasenta

- 36) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
- (1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
 - (2) Lakukan kateterisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh
 - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - (5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan
- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari- jari tangan

atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaut yang tertinggal.

j. Rangsangan Taktil (Masase) Uterus

38) segera setelah plasent dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

a) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase

k. Menilai Perdarahan

39) periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastic atau tempat khusus.

40) evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan

l. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

41) pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahn pervaginam

42) celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % dan membilasnya dengan air DTT kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

m. Evaluasi

- 43) pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong
- 44) ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) evaluasi dan estimasi jumlah pengeluaran darah
- 46) memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 47) pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi ber nafas dengan baik (40-60 kali/ menit) , jika bayi sulit bernafas, merintih, retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit. Jika nafas bayi terlalu cepat segera di rujuk. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi kulit ke kulit dengan ibunya dan selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut.

n. Kebersihan Dan Keamanan

- 48) tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
- 49) buang bahan- bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lender, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu I bu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 52) dekontaminasi tempat bersain dan apron yang dipakai dengan larutan klorin 0,5 %

- 53) celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %. Lepaskan dalam keadaan terbalik kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit
- 54) cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 55) Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk penatalaksanaan bayi lahir
- 56) dalam waktu satu jam, beri antibiotika salep mata pencegahan, dan vitamin k1 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral. Setelah itu lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pantau setiap 5 menit untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali / menit) serta suhu tubuh normal (36,5- 37,5 ° C)
- 57) setelah satu pemberian vitamin k1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral. Letakkan bayi I dalam jangkauan ibu agar sewaktu- waktu bias di susukan
- 58) lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik didalam larutan klorin 0,5 %
- 59) cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan denan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering dekontaminasi
- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang). Periksa tanda vital dan asuhan kala 4

10. Partograf

a. Pengertian Partograf

Partograf merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi anamnesis dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan. Hal tersebut sangat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I persalinan (Manuaba, 2009).

b. Kegunaan Partograf

- 1) Mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks saat pemeriksaan dalam.
- 2) Menentukan apakah persalinan berjalan normal atau persalinan lama, sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten maka partograf akan membantu penolong persalinan untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) Mencatat kemajuan persalinan
- 2) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- 3) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk mengidentifikasi secara dini adanya penyulit
- 5) Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (Rohani dkk, 2011).

c. Cara Penggunaan Partograf

Untuk menggunakan partograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

- 1) Denyut jantung janin.

Batas normal antara 120-160 x/menit. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap ½ jam selama 1 menit (Manuaba, 2010:159)

2) Air Ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina.

1. Tanda U selaput utuh,
2. Tanda J selaput pecah dan air ketuban jernih,
3. Tanda M air ketuban bercampur mekonium,
4. Tanda D air ketuban bernoda darah (Saifuddin, 2009:104).
5. Tanda K bila air ketuban minimal atau kering (Manuaba, 2010:160).

3) Molase (Penyusupan tulang kepala janin).

Menurut Saifuddin (2010:319), penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Pencatatan pemeriksaan menggunakan lambang-lambang sebagai berikut:

- 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-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

4) Pembukaan mulut rahim.

Dinilai pada setiap pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x) (Saifuddin, 2009:104).

5) Penurunan bagian terbawah janin.

Dibagi menjadi 5 kategori dengan symbol 5/5 sampai 0/5. Simbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis, sedangkan symbol 0/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simfisis pubis. Beri tanda (o) pada garis waktu yang sesuai. (Saifuddin, 2010:320).

6) Jam dan waktu

Menurut Saifuddin (2010:320) dijelaskan dibagian bawah partograf, tertera kotak-kotak diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

7) Kontraksi Uterus

Catat setiap jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

- a) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.
- b) Beri garis-garis di kotak 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, 2010:321).

8) Oksitosin

Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan per menit (Saifuddin, 2009:104).

9) Obat-obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai (Saifuddin, 2010:322)

10) Nadi, tekanan darah dan temperature tubuh ibu.

Menurut saifuddin (2010:322), angka disebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu

- a) Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.
- b) Cacat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai.
- c) Catat temperature tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai

11) Protein, aseton dan volume urin

Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009:104).

11. Kebutuhan Ibu Selama Persalinan

- a. Kebutuhan fisiologis yang diperlukan ibu selama persalinan diantaranya: oksigen, makan dan minum, istirahat selama his, kebersihan badan terutama genetalia, buang air kecil dan buang air besar, pertolongan persalinan yang berstandar, penjahitan perineum bila perlu (Sumarah, 2009; 20).

- b. Makan dan minum per oral

Beberapa waktu yang lalu pemberian makanan padat pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi

pneumoni (tersedak dan masuk ke dalam saluran pernapasan. Alasan ini cukup logis karena pada proses persalinan, motilitas lambung; absorpsi lambung; dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya tetap akan terpenuhi. Jika pasien berada dalam situasi yang memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan fase aktif biasanya ia hanya menginginkan cairan. Penatalaksanaan paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi pasien, artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsisten dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien (Sulistyawati, 2010; 83-84).

c. Kebutuhan rasa nyaman

- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan.
- 2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Posisi tidur yang dikehendaki ibu.
- 4) Pendampingan oleh keluarga.
- 5) Pantauan selama persalinan.
- 6) Intervensi yang diperlukan (Sumarah, 2009; 20).

d. Akses intravena

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien. Kebijakan ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, atau

darah untuk mempertahankan keselamatan jika sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien. Beberapa keadaan berikut ini memerlukan pemasangan infus sejak awal persalinan, antara lain:

- 1) Gravida 5 atau lebih
- 2) Distensi uterus (ketegangan uterus) yang terlalu berlebihan, misalnya pada kondisi gemeli, polihidramnion, atau pada bayi besar
- 3) Induksi oksitosin
- 4) Riwayat perdarahan pascapersalinan sebelumnya
- 5) Riwayat atau predisposisi lain yang memungkinkan pasien untuk mengalami perdarahan segera setelah melahirkan
- 6) Pasien mengalami dehidrasi dan keletihan
- 7) Pasien diketahui mengidap penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Streptococcus* grup B, sehingga memerlukan terapi antibiotik secara intravena
- 8) Suhu pasien lebih dari 38⁰C pada saat persalinan
- 9) Kondisi obstetrik patologis yang mengancam kondisi pasien, misalnya plasenta previa, abrupsio plasenta, pre-eklamsi, dan eklamsi (Sulistyawati, 2010; 84).

e. Anestesi epidural

Keputusan pemasangan infus sangat dipengaruhi oleh pertimbangan para praktisi. Sebagian lebih memilih untuk memasang infus sedini mungkin untuk mengantisipasi keadaan darurat dan mempercepat penanganan, atau

jika diperlukan jenis terapi intravena. Lain halnya bagi para bidan yang mempunyai pemikiran bahwa pemasangan infus akan mengganggu kenyamanan gerak pasien dan akan menimbulkan rasa nyeri. Bidan memegang prinsip tidak satupun pasien yang menginginkan untuk dipasang infus jika keadaannya belum sangat terpaksa. Untuk menjembatani hal ini maka diambil suatu kebijakan untuk memasang alat yang disebut dengan “*heparin lock*”. Bentuknya berupa kateter intravena (*abocath*) dengan bahan elastis, digunakan untuk memberikan injeksi intravena atau mengambil sampel darah tanpa dihubungkan dengan selang infus. Keuntungan dari alat ini adalah hanya satu jarum yang ditusukkan ke dalam vena sehingga dengan alat ini pasien akan tetap merasa nyaman karena tidak merasa nyeri serta tidak terganggu ketika bergerak, dan jika sewaktu-waktu diperlukan suatu tindakan hidrasi intravena atau transfusi darah maka bidan atau perawat tidak akan mengalami kesulitan. Larutan intravena yang biasa diberikan kepada pasien adalah D5% (dextrose 5%) atau RL (Ringer Laktat) dengan kecepatan 125 ml/jam. Larutan yang diberikan dapat bervariasi tergantung dari tingkat dehidrasi pasien. Pada dehidrasi berat larutan diberikan 300 ml/jam, selanjutnya aliran diperlambat menjadi 125 ml/jam (Sulistyawati, 2010; 84).

- f. Kebutuhan dicintai dan mencintai
 - 1) Pendampingan oleh suami/ keluarga.
 - 2) Kontak fisik (memberi sentuhan ringan).
 - 3) Masase untuk mengurangi rasa sakit.

4) Berbicara dengan suara yang lemah, lembut serta sopan (Sumarah, 2009; 20).

g. Posisi dan ambulasi

Posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok. Berjalan diawal persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap juga sangat membantu untuk putaran paksi kepala janin. Sebagian besar pasien akan merasa rileks dan mampu mengatasi persalinan mereka dengan lebih baik. Beberapa situasi pasien yang tidak memungkinkan untuk ambulasi dengan turun dari tempat tidur antara lain:

- 1) Ketika ketuban sudah pecah dan taksiran berat janin kecil (kurang dari 2000 gram), serta bukan presentasi kepala. Pada kondisi tersebut akan sangat berbahaya bagi pasien jika turun dari tempat tidur karena akan menyebabkan prolaps tali pusat. Posisi telentang dengan kepala ditinggikan 20-30^o juga akan meningkatkan risiko prolaps tali pusat. Posisi rekumben lateral dan posisi lutut-dada merupakan alternatif yang baik untuk keadaan ini.
- 2) Ketika pasien sedang mendapatkan pengobatan yang dengan obat tersebut membuat pasien pusing dan tidak stabil untuk berdiri

3) Selama persalinan kala I yang kemajuannya cepat, kala I akhir pada multipara, atau kala II pada primipara kecuali jika sudah ada kesepakatan untuk bersalin dalam posisi jongkok atau berdiri (Sulistyawati, 2010; 86).

4) Pasien yang mengalami komplikasi obstetrik seperti abrupsio plasenta, plasenta previa, pre-eklamsi, dan eklamsi. Nampaknya dari beberapa posisi yang dapat dipilih, posisi miring ke kiri adalah posisi yang paling nyaman serta mempunyai banyak keuntungan. Beberapa keuntungan dari *posisi rekumben lateral* yaitu:

a) Koordinasi lebih baik dan efisiensi kontraksi uterus yang lebih besar, kontraksi lebih kuat dan lebih jarang daripada ketika pasien dalam posisi telentang

b) Memfasilitasi fungsi ginjal, karena aliran urine menurun pada pada posisi telentang

c) Memfasilitasi rotasi janin pada posisi posterior

d) Meredakan tekanan uterus dan kompresi pada pembuluh darah utama pasien (vena cava inferior dan aorta) (Sulistyawati, 2010; 89).

h. Kebutuhan harga diri

1) Merawat bayi sendiri dan menetekinya.

2) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu.

3) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati.

4) Informasi bila akan melakukan tindakan.

5) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan (Sumarah, 2009; 21).

i. Eliminasi selama persalinan (BAB atau BAK)

1) Buang air kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala I, ambulasi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinannya. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk BAK sendiri di toilet, maka tugas bidan atau keluarga terdekat untuk memfasilitasinya misalnya menggunakan pispot di tempat tidur. Penting untuk menanyakan kepada pasien mengenai siapa yang ia inginkan untuk membantunya BAK di atas tempat tidur. Ini sangat berpengaruh terhadap psikologis pasien, tidak hanya saat ia BAK namun untuk perkembangan kenyamanan psikologis di tahap proses persalinan selanjutnya.

2) Buang air besar (BAB)

Jika pasien dapat berjalan sendiri ke toilet, maka cukup bagi pendamping untuk menemaninya sampai ia selesai. Namun jika kondisi sudah tidak memungkinkan untuk turun dari tempat tidur, maka tanyakan terlebih dahulu mengenai posisi apa yang paling nyaman serta siapa yang akan dimintai bantuan untuk membersihkannya. Usahakan semaksimal mungkin bagi penolong untuk tidak menunjukkan reaksi negatif (misalnya menutup hidung) karena ini akan sangat menyakitkan bagi pasien yang sedang bersalin (Marmi, 2011; 77).

j. Kebersihan tubuh

Sebagian pasien yang akan menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh sebagai suatu kebutuhan, karena ia lebih terfokus terhadap rasa sakit akibat his terutama pada primipara. Namun bagi sebagian yang lain akan merasa tidak nyaman atau risih jika kondisi tubuhnya kotor dan bau akibat keringat berlebih selama persalinan. Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan tubuh pasien antara lain:

- a. Saat tidak ada his, bidan atau perawat dapat membantu menggantikan baju terutama jika sudah basah dengan keringat. Sarankan pasien untuk menggunakan baju dengan bahan yang tipis dan menyerap keringat serta berkancing depan
- b. Seka keringat yang membasahi dahi dan wajah pasien menggunakan handuk kecil.
- c. Ganti kain pengalas bokng jika sudah basah oleh darah atau air ketuban.

k. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Di awal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring di tempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu.

l. Kehadiran pendamping

Kehadiran seseorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga, jika di awal pertemuan bidan sudah dapat “memikat hati” pasien, maka hal ini merupakan satu hal yang sangat istimewa bagi pasien dan akhirnya ia akan menjadikan bidan sebagai orang yang paling ia percaya dalam proses persalinannya.

m. Bebas dari nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalinan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang akan menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan di dalam kamar, duduk di kursi sambil membaca buku atau novel kesukaan, posisi lutut-dada di atas tempat tidur, dan sebagainya (Sulistyawati, 2010; 90).

n. Kebutuhan aktualisasi diri

- 1) Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan.
- 2) Memilih pendamping selama persalinan.
- 3) *Bounding and attachment.*
- 4) Ucapan selamat atas kelahiran anaknya (Sumarah, 2009; 22).

2.1.3 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan lahirnya 2500 gram sampai dengan 4000 gram, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat (Kosim, 2012).

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dan kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan berat lahir antara 2500-4000 gram pada usia kehamilan 37-42 minggu (Karyuni, 2009).

2. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah:

- a. bayi yang lahir dengan kehamilan aterm antara 37-42 minggu,
- b. bayi yang mempunyai berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, dan lingkar lengan 11 – 12 cm.
- c. frekuensi jantung 120-160 kali/menit,
- d. pernapasan \pm 40-60 kali/menit,
- e. kulit kemerahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- f. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- g. kuku agak panjang dan lemas,

- h. mempunyai nilai APGAR >7,
- i. bergerak aktif,
- j. bayi lahir langsung menangis kuat,
- k. genitalia: perempuan labia mayora sudah menutup labia minora dan laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada,
- l. Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut), reflek sucking (isap dan menelan), reflek morro (gerakan memeluk jika dikagetkan) dan reflek grasping (menggenggam) sudah terbentuk dengan baik.
- m. mekonium keluar dalam 24 jam pertama, dan mekonium berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010).

3. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa klasifikasi menurut Marmi (2015) , yaitu:

a. Neonatus menurut masa gestasinya :

- 1) Kurang bulan (preterm infant) :** < 259 hari (37 minggu)
- 2) Cukup bulan (term infant) :** 259-294 hari (37-42 minggu)
- 3) Lebih bulan (postterm infant) :** > 294 hari (42 minggu atau lebih).

b. Neonatus menurut berat badan lahir :

a. Berat lahir rendah

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi.

b. Berat lahir cukup

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 2500 sampai 4000 gram.

c. Berat lahir lebih

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 4000 gram.

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

- 1) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
- 2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

4. Penilaian APGAR SCORE

Menurut Manuaba (2010; 429), penilaian bayi baru lahir dilakukan dengan menggunakan sistem penilaian Apgar. Dalam melakukan pertolongan persalinan merupakan kewajiban untuk melakukan: Pencatatan (jam dan tanggal kelahiran, jenis kelamin bayi, pemeriksaan tentang cacat bawaan). Identifikasi bayi (rawat gabung, identifikasi sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepaskan sampai penyerahan bayi). Pemeriksaan ulang setelah 24 jam pertama sangat penting dengan pertimbangan pemeriksaan saat lahir belum sempurna.

Tabel 2.5
Apgar Skor

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	>100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ektremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis

<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis
------------------------------------	-----------	---------------------	----------

Sumber: Vivian. 2010: 23.

Keterangan:

Asfiksia berat : Jumlah nilai 0 sampai 3,

Asfiksia sedang: Jumlah nilai 4 sampai 6,

Vigierous baby : Jumlah nilai 7 sampai 10.

5. Reflek pada Bayi

Menurut Hidayat (2008: 89) reflek pada bayi baru lahir, antara lain sebagai berikut:

- a. Reflek *morro* yaitu refleks yang timbul diluar kemauan atau kesadaran bayi. dapat dilakukan dengan cara memukul meja pemeriksaan di dekat kepala bayi.
- b. Reflek *babynsky* dapat dilakukan dengan cara menggores telapak kaki sepanjang tepi luar.
- c. Reflek *tonick neck* yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal dapat dilakukan dengan memutar kepala bayi ke salah satu sisi dengan cepat.
- d. Reflek *rooting* yaitu mencari puting susu dengan rangsang taktil pada pipi dan daerah mulut.
- e. Refleks *sucking* yaitu reflek menghisap areola puting susu tertekan dagu bayi, lidah dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI.
- f. *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.

- g. *Grasping* refleksi; bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi, maka jari-jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat.
- h. *Stapping* refleksi; reflek kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada satu dasar maka bayi seolah-olah berjalan.
- i. Refleksi Berkedip (*glabellar reflex*) yaitu Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan perama (Marmi, 2012 : 70).
- j. Refleksi *galands* yaitu cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai pada 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleksi menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008 : 70).

6. **Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir**

Menurut Marmi (2012) bayi baru lahir mengalami adaptasi pada tubuhnya mengalami proses adaptasi di antaranya:

a. Sistem Pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali dan proses pernapasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi telah di persiapkan lama sejak intrauteri.

Perkembangan sistem pulnomer terjadi sejak embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru-paru terbentuk.

Pada umur kehamilan ke 26-28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 2 minggu terbentuk segmen bronchu. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi deferensiasi lobus. Pada umur kehamilan 24 minggu terbentuk alveolus. Pada umur kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bias mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, tertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir (Saifuddin, 2014: 356)..

Keadaan yang mempercepat proses maturitas paru paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini, insufisiensi plasenta

Keenam keadaan diatas dapat mengakibatkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru paru.

Keadaan yang mempengaruhi keterlambatan maturitas paru paru adalah:

- 1) Diabetes yang ringan
- 2) Faktor inkompabilitas Rh
- 3) Gemeli satu ovum dengan berat badan yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru parunya balum matur

Selama dalam uterus,janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta,setelah bayi llahir pertukaran gas terjadi pada paru paru(setelah tali pusat dipotong (Marmi, 2012).

Rangsangan untuk gerakan pernafasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya:

- 1) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir
- 2) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
- 3) Rangsangan dingin didaerah luka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulus sensorik)

Saat kepala bayi melewati jalan panggul ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraknya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanisme ini menyebabkan cairan yang ada didalam paru-paru hilang karena terdorong kebagian feriver paru untuk kemudian diabsorpsi karena tertimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi melalui aktifasi nafas untuk yang pertama kali (Manuaba, 2009)

Tekanan intrathorak yang negatif disertai dengan aktifasi nafas yang pertama membuktikan adanya udara masuk kedalam paru-paru. Setelah beberapa kali nafas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan nafas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara.

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir nafas. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan. Didalam alveoli itu sendiri adalah menari nafas dan mengeluarkan nafas dengan cara menjerit sehingga oksigen tertahan didalam alveoli.

Dalam keadaan anoksia, neonates masih dapat dipertahankan kehidupan karena adanya kelanjutan metabolisme anaerob yaitu kelanjutan metabolisme tanpa oksigen. Pernafasan pada neonatus biasanya menggunakan pernafasan diafragma dan abdominal sedangkan frekuensi dan dalamnya pernafasan biasanya belum teratur. Pernafasan normal pada neonatusn pertama kali dimulai ketika kurang lebih 30 detik sesudah kelahiran. Pernafasan ini terjadi sebagai akibat adanya aktivitas normal dari susunan syaraf pusat perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Misalnya tekanan mekanis pada thorax melalui pada jalan lahir. Penurunan tekanan pada oksigen dan kenaikan tekanan karbon dioksida pada paru-paru merangsang komereseptor yang terletak pada sinus karotis sehingga bayi bernafas, rangsangan dingin didaerah muka dapat merangsang permulaan gerakan pernafasan (Oktarina dkk, 2015).

Tekanan pada rongga dada bayi sewaktu melalui jalan lahir pervagina mengakibatkan kehilangan setengah dari jumlah cairan yang ada di paru-paru (paru-paru pada bayi yang normal yang cukup bulan mengandung 80-100ml cairan) sehingga sesudah bayi lahir, cairan yang hilang diganti dengan udara, paru-paru berkembang dan rongga dada kembali pada bentuk semula.

b. Sistem Peredaran Darah

1) Peredaran Darah Janin

Di dalam Rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi berasal dari plasenta masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta umbilicallis, sebagian masuk ke vena kava inferior melalui duktus venosus arantii. Darah dari vena kava superior. Darah dari atrium kanan sebagian melalui

foramen ovale masuk ke atrium kiri bercampur dengan darah yang berasal dari pulmonalis. Darah dari atrium kiri selanjutnya ke vertikel kiri yang kemudian akan di pompakan ke aorta, selanjutnya melalui arteri koronaria darah mengalir ke bagian kepala, ekstremitas kanan dan ekstremitas kiri.

Sebagian kecil darah berasal dari atrium kanan mengalir ke vertikel kanan bersama sama dengan darah yang berasal dari vena kava superior, karena tekanan dari paru-paru belum berkembang, maka sebagian besar dari vertikel kanan yang seharusnya mengalir melalui duktus arteriosus botali ke aorta desenden dan mengalir ke seluruh tubuh, sebagian kecil mengalir ke paru-paru dan selanjutnya ke atrium kiri melalui vena pulmonalis.

Darah dari sel-sel tubuh yang miskin oksigen serta penuh dengan sisa pembakaran dan sebagainya akan dialirkan ke plasenta melalui arteri umbilikalis, demikian seterusnya (Saifuddin, 2014).

2) Perubahan peredaran darah neonates

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya.

Sirkulasi janin memiliki karakteristik sirkulasi bertekanan rendah. Karena paru-paru adalah organ tertutup yang berisi cairan, maka paru-paru memerlukan aliran darah yang minimal. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru-paru mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri yang disebut dengan foramen ovale. Darah yang kaya akan

oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus.

Karena tali pusat diklem, system bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi system sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi, dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat di klem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan napas pertama terjadi menyebabkan system pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi system bertekanan rendah.

Kombinasi tekanan yang meningkat dalam sirkulasi sistemik dan menurun dalam sirkulasi paru menyebabkan perubahan tekanan aliran darah di sisi kiri jantung menyebabkan foramen ovale menutup, duktus arteriosus yang mengalirkan darah teroksigenasi ke otak janin kini tak lagi diperlukan. Dalam 48 jam, duktus ini akan mengecil dan secara fungsional menutup akibat penurunan kadar prostaglandin, yang sebelumnya di suplai oleh plasenta. Darah teroksigenasi yang secara rutin mengalir melalui duktus arteriosus serta foramen ovale melengkapi perubahan radikal pada anatomi dan fisiologi jantung. Darah yang tidak kaya akan oksigen masuk ke jantung bayi menjadi teroksigenasi sepenuhnya ke dalam paru, kemudian dipompakan ke seluruh bagian tubuh.

Dalam beberapa saat, perubahan tekanan yang luar biasa terjadi didalam jantung dan sirkulasi bayi baru lahir. hal penting bagi bidan

memahami perubahan sirkulasi janin kesirkulasi bayi secara keseluruhan saling berhubungan dengan fungsi pernafasan dan oksigen yang adikuat.

Ketika janin dilahirkan segera bayi menghirup udara dan menangis kuat.dengan demikian paru pru berkembang, tekanan paru paru mengecil dan darah mengalir ke paru paru (Marmi, 2012).

Dampak hemodinamik dari berkembangnya paru paru bayi adalah:

- 1) Aliran darah menuju paru dari vrentikel kanan bertambah sehingga tekanan darah pada atrium kanan menurun karna tersedot oleh vrentikel , akibatnya tekanan darah pada atrium kiri makin meningkat
- 2) Tekanan darah pada atrium kiri meningkat sehingga secara fungsional foramen ovale tertutup
- 3) Penutupan secara anatomis masih berlangsung lama sekitar 2-3 bulan
- 4) Pada saat bayi lahir , umbilikus akan di potong sehingga aliran darah vena umbilikalis menuju vena kava inferior akan terhenti total.

Dampak pemotongan umbilikus terhadap demodinamik sirkulasi janin menuju sirkulasi bayi adalah duktus arteriosus melalu prose sebagai berikut:

- 1) Sirkulasi plasenta terhenti, aliran darah ke atrium kanan menurun, sehingga tekanan jantung menurun, tekanan rendah di aorta hilang sehingga tekanan jantung kiri meningkat.
- 2) Resistensi pada paru paru dan aliran darah keparu paru meningkat, hal ini menyebabkan tekanan ventrikel kiri meningkat.

Penutupan duktus arteriosus terjadi karena adanya penurunan resistensi paru paru sehingga aliran ventrikel kanan ke paru paru meningkat dan menyebabkan aliran darah melalui duktus menurun . penutupan tidak terjadi segera setelah lahir , pada jam jam pertama aliran masih ada sedikit namun aliran tetap dari kiri ke kanan karena tekanan ventrikel kiri lebih besar dari tekanan jantung kanan, penutupan duktus arteriosus terjadi tiga minggu setelah lahir, penutupan duktus venosus terjadi dalam 3-7hari, mekanisme penutupan tidak diketahui.

Aliran darah paru pada hari pertama ialah 4-5 liter per-menit/m². Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah, yaitu 1,96 liter per-menit/m² bertambah pertama pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/m²) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfusi plasenta dan pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40mmHg.

Berdasarkan berbagai penjelasan diatas, dapat diketahui bahwa bentuk penyesuaian pada neonatus pada sistem peredaran darah adalah sebagai berikut:

- 1) Penutupan obliterasi sel pirau, foramen oral, duktus venosus, duktus arteriosus
- 2) Duktus venosus berfungsi dalam pengendalian tahanan vaskuler placenta terutama pada saat janin mengalami hipoksia.

- 3) Duktus venosus menutup beberapa menit pertama setelah lahir dan penutupan anatomis yang lengkap terjadi pada hari ke 20 setelah lahir.
- 4) Pada neonatus darah tidak bersirkulasi dengan mudah, pada kaki dan tangan sering berwarna kebiru-biruan dan terasa dingin dan biasanya TD: 80/46 mmHg.
- 5) Duktus arteriosus merupakan peran vaskuler yang penting sirkulasi fetus dan melakukan peran darah dari arteri pulmonalis ke aorta desenden (melalui paru) selama kehidupan fetal tekanan arteri pulmonalis sangat tinggi dan lebih dari tekanan aorta dan penutupan duktus arteriosus disebabkan oleh peningkatan tegangan oksigen dalam tubuh.

c. Sistem Pencernaan

Pada kehamilan empat bulan pencernaan telah cukup terbentuk dan janin telah dapat menelan air ketuban dalam jumlah yang cukup banyak, aborsi air ketuban terjadi melalui mukosa seluruh saluran pencernaan, janin minum air ketuban dapat dibuktikan dengan adanya mekonium.

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada masa neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium (zat yang berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh

tinja tradisional pada hari ke tiga sampai empat yang berwarna coklat kehijauan.

Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatus nampaknya sangaterat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan atau minum. Enzim dalam saluran pencernaan biasanya sudah terdapat pada neonatus kecuali amilase pankreas, aktifitas lipase telah ditemukan pada janin tujuh sampai delapan bulan kehamilan.

Pada saat lahir aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan palatum sehingga bayi hanya bernafas melalui hidung, rasa kecap dan penciuman sudah ada sejak lahir , saliva tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama dan lahir volume lambung 25-50 ml.

Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah :

- 1) Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100cc
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhanayaitu monosacarida dan disacarida.
- 3) Difisiensi lifase pada pankreas menyebabkan terbatassnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- 4) Kelenjar lidah berfungsi saa lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi \pm 2-3 bulan.

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan .reflek muntah dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik

pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan “gumoh” pada bayi baru lahir dan neonatus. kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sedikit tapi sering. contohnya memberi ASI sesuai keinginan bayi. usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk ke dalam saluran pencernaannya. Disamping itu bayi baru lahir juga belum dapat mempertahankan air secara efisien dibanding dengan orang dewasa, sehingga kondisi ini dapat menyebabkan diare yang lebih serius pada neonatus

d. Sistem Hati

Hepar janin pada kehamilan 4 bulan mempunyai peranan dalam metabolisme hidrat arang, dan glikogen mulai disimpan di dalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen cepat tercapai, vitamin A dan D juga sudah disimpan dalam hepar.

Fungsi hepar janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan klimatur (belum matang) hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah.

Enzim hepar belum aktif benar pada neonatus , contohnya enzim UDPG :T(uridin difosfat glukorinidin transferase) dan enzim G6PD (glukose 6 fosfat dehidrogenase)y yang berfungsi dalam sintesi bilirubin , sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologik.

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan formologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel- sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya di toksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikel dengan dosis lebih dari 50 mgt/kg BB perhari dapat menimbulkan *grey beby sindrom*.

e. Sistem Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relative lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal /kg akan lebih besar. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari energi pembakaran karbohidrat dan pada hari ke 2 energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih padahari ke 6, pemenuhan kebutuhan energy bayi 60% di dapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

Energy tambahan yang di perlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir, diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/100ml. apabila oleh sesuatu hal misalnya bayi dari ibu yang menderita DM dan BBLR perubahan glukosa menjadi glikogen meningkat akan menjadi gangguan pada metabolisme asam lemak yang tidak

dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemi.

Untuk mengfungsikan otak, bayi baru lahir memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Setelah tindakan penjepitan tali pusat dengan klem pada saat lahir, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glikosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam).

Koreksi penurunan gula darah dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu:

- 1) Melalui penggunaan ASI (bayi baru lahir sehat harus di dorong untuk diberi ASI secepat mungkin setelah lahir).
- 2) Melalui penggunaan cadangan glikogen (glikogenesis)
- 3) Melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (glukoneogenesis).

Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen (glikogenolisis), hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Seorang bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen terutama dalam hati selama bulan-bulan terakhir kehidupan dalam lahir. Seorang bayi yang mengalami hipotermia pada saat lahir akan mengalami hipoksia, maka ia akan menggunakan persediaan glikogen dalam jam pertama kelahiran. Inilah sebabnya mengapa sangat penting menjaga semua bayi dalam keadaan hangat. Perhatikan bahwa keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai hingga 3-4 jam pertama pada bayi cukup bulan yang sehat. Jika semua persediaan

digunakan pada jam pertaman, maka otak bayi dalam keadaan beresiko. Bayi baru lahir kurang bulan, lewat bulan, dan yang mengalami hambatan pertumbuhan dalam Rahim serta distress janin merupakan resiko utama karena simpanan energy berkurang atau digunakan

Gejala-gejala hipoglikemia bias tidak jelas dan tidak khas meliputi kejang-kejang halus, sianosis, apnea, menangis lemah, latergi, lunglai, dan menolak makanan. Akibat jangka panjang hipoglikemia adalah kerusakan yang meluas di seluruh sel-sel otak, bidan harus selalu ingat bahwa hipoglikemia dapat tanpa gejala pada awalnya.

f. Sistem Termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu didalam uterus minimal rentang maksimal hanya 0,6 derajat C sangat berdeda dengan kondisi diluar uterus.

Tiga factor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi :

- 1) Luasnya permukaan tubuh bayi
- 2) Pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna
- 3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas.

Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya pembentukan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat yang terdapat di seluruh tubuh, dan mereka mampu meningkatkan panas tubuh sampai 100% untuk membakar

lemak coklat. Seorang bayi menggunakan glukosa untuk mendapatkan energy yang akan mengubah lemak menjadi panas. Lemak coklat tidak dapat di produksi lag oleh bayi baru lahir dan cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stres dingin . semakin lama usia kehamilan, semakin banyak persediaan lemak coklat bayi jika seorang bayi kedinginan, dia akan mulai mengalami hipoglikemia, hipoksia, dan acidosis,. Oleh karena itu, upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu tubuh normal pada neonates, adalah 36,5-37,5°C melalui pengukuran di aksila dan rektu, jika nilainya turun di bawah 36,5°C maka bayi mengalami hipotermia.

Hipotermia dapat terjadi setiap saat apabila suhu di sekeliling bayi rendah dan upaya mempertahankan suhu tubuh tidak di terapkan secara tepat, terutama pada masa stabilisasi yaitu 6-12 jam pertama setelah lahir. Misalkan bayi baru lahir di biarkan basah dan telanjang selama menunggu plasenta lahir meskipun lingkungan di sekitar bayi cukup hangat.

Gejala hipotermia antara lain:

- 1) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat menghisap asi, dan menangis lemah
- 2) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun
- 3) Timbul sklerema : kulit mengeras berwarna kemerahan terutama di bagian punggung, tungkai, dan lengan

4) Muka bayi berwarna merah terang.

Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus, dan kematian (Damayanti dkk, 2015).

Bila bayi di biarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi (penguapan) konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori /kg BB/menit, sedangkan pembentukan panas yang dapat di produksi hanya persepuluh dari jumlah kehilangan panas di atas, dalam waktu bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Keadaan ini sangat berbahaya untuk neonatus terlebih lagi BBLR, bayi dapat mengalami asfeksia karena tidak sanggup mengimbangi penurunan suhu tersebut dengan produksi panas yang di buat sendiri.

Berikut ini merupakan penjelasan lengkap tentang 4 mekanisme kemungkinan hilangnya panas tersebut dari bayi baru lahir.

1) Konduksi

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

Contohnya hilangnya panas tubuh bayi secara konduksi, ialah menimbang bayi tanpa pengalas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

2) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dari suhu udara). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konveksi, ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin.

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih jernih (pemindahan panas antar 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contohnya bayi mengalami kehilangan panas tubuh secara radiasi adalah bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan yang ber AC tanpa diberikan pemanas, bayi baru lahir di biarkan dalam keadaan telanjang.

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung pada kecepatan dan kelembapan udara(perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang di pakai, tingkat kelembapan udara yang melewati.

Akibat dari suhu tubuh yang rendah yaitu metabolisme jaringan akan meningkat dan berakibat lebih mudah terjadi asidosis metabolic berat sehingga kebutuhan oksigen akan meningkat. Selain itu hipotermi yang terjadi pada neonatus dapat menyebabkan hipoglikemia. Apabila neonatus mengalami hipotermi bayi akan mengadakan penyesuaian suhu terutama dengan memproduksi panas total yang bukan berasal dari aktifitas otot. Produksi panas ini dilarutkan dengan cara pembakaaran cadangan lemak

yang memberikan lebih banyak energy dari pada lemak biasa. Lemak coklat terdapat pada neonatus dalam jumlah besar (sekitar 2-6% BB). Lemak ini terdapat di : Antara scapula, Sekitar otot dan pembuluh darah leher, Pelipatan lengan atas, Antara mediastinum, dan Sekitar ginjal dan kelenjar adrenal.

Tidak semua neonatus memiliki ketahanan suhu tubuh yang sama, karena hal ini sangat di pengaruhi oleh suhu bayi, umur kehamilan dan berat badan bayi. Untuk mengurangi kehilangan panas tersebut diatas dapat di tanggulangi dengan mengatus suhu lingkungan, membungkus badan bayi dengan kain hangat, di simpat di dalam tempat tidur yang sudah dihangatkan atau di masukan sementara ke dalam inkubatur, mengeringkan bayi secara seksama menyelimuti bayi dengan selimut yang bersih, kering dan hangat, menutup bagian kepala bayi, menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusukan bayinya.

g. Sistem Kelenjar Endokrin

Selama dalam uterus, janin mendapatkan hormone dari ibunya. Pada kehamilan sepuluh minggu kortikotropin telah ditemukan dalam hipofisis janin, hormone ini diperlukan untuk mempertahankan glandula supra renalis janin. Pada neonatus kadang-kadang hormone yang didapatkan dari ibu masih berfungsi, pengaruhnya dapat dilihat misalnya pembesaran kelenjar air susu pada bayi laki-laki ataupun perempuan kadang kadang adanya pengeluaran darah dari vagina yang menyerupai haid pada bayi perempuan.

Kelenjar adrenal pada waktu lahir relative lebih besar bila dibandingkan dengan orang dewasa. Kelenjar thyroid sudah sempurna terbentuk sewaktu lahir dan mulai berfungsi sejak beberapa bulan sebelum lahir.

Adanya penyesuaian pada sistem endokrin adalah :

- 1) Kelenjar thyroid berkembang selama minggu ke 3 dan ke 4
- 2) Sekresi-sekresi thyrokin dimulai pada minggu ke-8 thyrokin maternal adalah bisa memintasi plasenta sehingga fetus yang tidak memproduksi hormone thyroid akan lahir dengan hipothyroidis konginital hormone thyroid akan lahir jika tidak ditangani menyebabkan retardasi mental berat.
- 3) Korteks adrenal dibentuk pada minggu ke-6 dan menghasilkan hormone pada minggu ke-8 dan minggu ke-9.
- 4) Pankreas dibentuk dari foregut pada minggu ke-5 sampai minggu ke-8 dan pulau langgerhans berkembang selama minggu ke-12 serta insulin diproduksi pada minggu ke-20 pada infat dengan ibu DM dapat menghasilkan fetal hyperlikemi yang dapat merangsang hyperinsulinemia dan sel-sel pulau dihyperplasia hal ini menyebabkan ukuran fetus yang berlebih.
- 5) Hyperinsulinemia dapat memblok maturasi paru sehingga dapat menyebabkan janin dengan resiko tinggi distress pernapasan.

h. Keseimbangan Cairan Dan Fungsi Ginjal

Tubuh neonatus mengandung lebih banyak air dan kadar natrium relative lebih besar daripada kalium karena ruang ekstraseluler luas. Pada neonatus fungsi ginjal belum sempurna hal ini karena

- 1) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa.
- 2) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal.
- 3) Aliran darah ginjal (renal blood flow) pada neonatus relative kurang bila dibandingkan dengan orang biasa.

Hingga bayi berumur 3 hari ginjalnya belum dipengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah 5 hari barulah ginjalnya mulai memproses air yang didapatkan setelah lahir.

Bayi baru lahir cukup bulan memiliki beberapa defisit struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Banyak dari kejadian defisi tersebut akan membaik pada bulan pertama kehidupan dan merupakan satu-satunya masalah untuk bayi baru lahir yang sakit atau mengalami stres. Keterbatasan fungsi ginjal menjadi konsekuensi khusus jika bayi baru lahir memerlukan cairan intravena atau obat-obatan yang meningkatkan kemungkinan kelebihan cairan. Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus tidak matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengkonsentrasikan urine dengan baik, tercermin dari jenis berat urine (1,004) dan osmolalitas urine yang rendah. Semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan. Bayi baru lahir mengkonsentrasikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah,

debrisel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal. Bidan harus ingat bahwa adanya masa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik seringkali ginjal dan dapat mencerminkan adanya tumor, pembesaran, atau penyimpangan didalam ginjal.

i. Keseimbangan Asam Basa

Derajat keasaman (pH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobik. Dalam 24 jam neonates telah mengkompensi asidosis (Marmi dkk, 2012).

j. Susunan Syaraf

Jika janin pada kehamilan 10 minggu dilahirkan maka dapat dilihat bahwa janin tersebut masih dapat mengadakan gerakan spontan. Gerakan menelan pada janin terjadi pada kehamilan 4 bulan sedangkan gerakan menghisap baru terjadi pada kehamilan 6 bulan. Pada triwulan terakhir hubungan antara saraf dan fungsi otot – otot menjadi lebih sempurna, sehingga janin yang dilahirkan diatas 32 minggu dapat hidup diluar kandungan pada kehamilan 7 bulan maka janin amat sensitive terhadap cahaya.

Sistem neurologis bayi secara anatomik / fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan – gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, control obat yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonates terjadi cepat ; sewaktu bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya, control kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Reflek bayi baru lahir merupakan indicator penting perkembangan normal (Oktarina dkk, 2015).

k. Imunologi

Pada sistem imunologi terdapat beberapa jenis imunoglobulin (suatu protein yang mengandung zat antibodi) diantaranya adalah IgG (immunoglobulin Gamma G). pada neonates hanya terdapat imunoglobulin gamma g, di bentuk bnanya dalam bulan kedua setelah bayi dilahirkan, Imunoglobulin Gamma G pada janin berasal dari ibunya melalui plasenta.

Pada neonates tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propina illium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bayi baru lahir hanya terdapat Gamma Globulin G, sehingga Imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena bera molekulnya kecil. Apabila terjadi infeksi pada janin yang dapata melalui plasenta seperti : toksoplasmosis, herpes simpleks, dan penyakit virus lainnya, reaksi imunoglobulis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan antibody Gamma A, G dan Gamma M.Ig. Gamma A telah dapat dibentuk pada kehamilan dua bulan dan baru banyak ditemukan segera sesudah bayi dilahirkan khususnya pada traktus respiratory. Kelenjar liur, pancreas, dan traktus urogenetalis. Immunoglobulin Gamma M ditemukan pada kehamilan 5 bulan,, produksi Immunoglobulin Gamma M meningkat segera setelah bayi lahir, sesuai dengan bakteri dala alat pencernaan.

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonates rentan terhadap berbagai ionfeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memnerikan kekebalan alami maupun yang di

dapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2012).

Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

- 1) Perlindungan dari membrane mukosa
- 2) Fungsi saringan saluran nafas
- 3) Pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

Kekebalan alami juga di sediakan pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing, tetapi sel-sel darah ini masih belum matang artinya bayi baru lahir tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Kekebalan yang di dapat akan muncul kemudian. Bayi baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibody keseluruhan terhadap antigen asing masih belum bias di lakukan sampai awal kehidupannya. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh. Karena adanya defisiensi kekebalan alami yang di dapat ini, bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi bayi baru lahir terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba (seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui asi dini terutama kolostrum) dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting (Saifuddin, 2014: 324).

7. Kebutuhan Neonatus

- a. Makan dan minum

Menurut Marmi (2012) berikan ASI sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara penuh) atau berikan sesuai dengan kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi menyusu bisa sampai 12-15 kali dalam 24 jam. Pada periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan maupun minuman lainnya. Karena pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk menghisap (Umi, 2015 : 154).

b. Eliminasi

1) Buang Air Besar

Fases bayi didua hari pertama setelah persalinan berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan. Setelah itu fases bayi akan bergumpal-gumpal seperti jeli, padat, berbiji atau *seeded* dan bisa juga berupa cairan, fases bayi yang di beri ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk bisa seperti pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan fases yang diberi susu formula berbentuk padat, bergumpal-gumpal atau agak liat dan bulat. Maka dari itu bayi yang di beri susu formula akan susah untuk BAB sedangkan yang diberi ASI tidak (Umi, 2015: 157-158).

2) Buang Air Kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK 7-10x/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Bayi mulai memiliki fungsi ginjal yang sempurna selama 2

tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tersebut tidak dikeluarkan selama 12-24 jam. Jika urin pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urin 15-16 ml/kg/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering, maka setelah BAK harus diganti popoknya minimal 4-5 x/hari.

c. Keamanan

Menurut Dewi (2013) hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekali pun meninggalkan bayi tanpa ada yang mengganggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa teredak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan ditempat tidur (Rimbun, 2016: 102).

8. Kunjungan Neonatus

Pelayanan sesuai standar yang diberikan tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonates, sedikitnya 3 kali selama selama periode 0-28 hari setelah lahir, baik fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah yaitu:

- a. Kunjungan neonatus ke-1 (KN1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir
- b. Kunjungan neonates ke-2 (KN2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3-7 hari setelah kelahiran

- c. Kunjungan neonates ke-3 (KN3) dilakukan pada kurun waktu hari 8-28 setelah lahir, baik difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah (Dinkes, 2012; 7).

2.1.4 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saifuddin, 2009: 122).

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Sulistiyawati 2009 dalam Kurniawati, 2012).

2. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan, yaitu:

a. Puerperium dini.

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.

b. Puerperium intermedial

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.

c. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Reni, 2010).

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas, organ reproduksi internal dan eksternal akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan terjadi secara berangsur-angsur dan berlangsung selama kurang lebih 3 bulan (Maritalia, 2012).

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Pada uterus terjadi involusi. Proses involusi adalah proses kembalinya uterus kedalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada tahap ketiga persalinan, uterus pada garis tengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, besar uterus kira-kira sama besar uterus ketika usia kehamilan 16 minggu (kira-kira sebesar jeruk asam) dan beratnya sekitar 100 gr.

Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm diatas umbilikus. Dalam beberapa hari kemudian, perubahan involusi berlangsung dengan cepat. Fundus turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam. Pada hari pascapartum keenam fundus normal akan berada di pertengahan antara umbilikus dan simfisis pubis. Uterus tidak bisa dipalpasi pada abdomen pada hari kesembilan pascapartum.

Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali lebih berat sebelum hamil, berinvolusi kira-kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr

(11 sampai 12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus berada didalam panggul sejati lagi. Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50-60 gr.

Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pertumbuhan uterus prenatal bergantung pada hiperplasia, peningkatan jumlah sel-sel otot dan hipertrofisel-sel yang telah ada. Pada masa postpartum penurunan kadar hormon-hormon ini menyebabkan terjadinya autolisis, perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap. Hal inilah yang menjadi penyebab ukuran uterus sedikit lebih besar setelah hamil.

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk kembali pada keadaan tidak hamil. Penyebab subinvolusi yang paling sering adalah tertahannya fragmen plasenta dan infeksi (Dewi, 2011)

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

a) Iskemia miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan

dan lebar 5 kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

c) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau templat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis (Dewi, 2011).

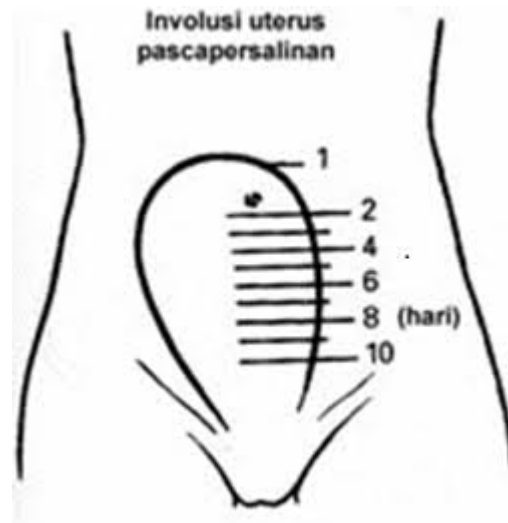
Perubahan uterus ini berhubungan erat dengan perubahan-perubahan pada miometrium. Pada miometrium terjadi perubahan-perubahan yang bersifat proteolisis hasil dari proses ini dialirkan melalui pembuluh getah bening.

Tabel 2.6
Involusi Uterus

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)	Diameter Bekas Melekat Plasenta (cm)	Keadaan serviks
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri Lahir	2 jari dibawah pusat	750	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat-	500	7,5	Beberapa hari setelah

	simfisis			postpartum dapat dilalui 2 jari Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
2 minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	3-4	
6 minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	
8 minggu	Sebesar normal	30		

Sumber: Dewi, 2011.



Gambar 2.17
Involusi uterus

Sumber: www.google.com (diakses 12 Oktober 2017)

2) Involusi tempat plasenta

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

Biasanya luka yang demikian sembuh dengan menjadi parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisi tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta di bawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakikatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkannya menjadi terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lokea (Dewi, 2011).

3) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligamen, fasia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Dewi, 2011).

4) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks

yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah.

Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis.

Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium eksternum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar dan tetap terdapat retak-retak dan robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh karena robekan ke samping ini terbentuklah bibir depan dan bibir belakang pada serviks (Dewi, 2011).

5) Lokea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plaseenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lokea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

Lokea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa atau alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Loeka mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Sekret mikroskopik loeka terdiri atas eritrosit, peluruhan desidua, sel epitel, dan bakteri. Loeka mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran loeka dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya sebagai berikut:

a) Loeka rubra atau merah (kruenta)

Loeka ini muncul pada hari pertama sampai hari ke tiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan atau luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Loeka ini terdiri atas sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisa darah.

b) Loeka sanguinolenta

Loeka ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 3-5 hari postpartum.

c) Loeka serosa

Loeka ini muncul pada hari ke 5-9 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Loeka ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

d) *Lokea alba*

Lokea ini muncul lebih dari hari ke 10 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati (Dewi, 2011).

Bila pengeluaran *lokea* tidak lancar, maka disebut *lochiastasis*. Jika *lokea* tetap berwarna merah setelah 2 minggu kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau karena involusi yang kurang sempurna yang sering disebabkan *retroflexio uteri*. *Lokea* mempunyai suatu karakteristik bau yang tidak sama dengan sekret menstrual. Bau yang paling kuat pada *lokea serosa* dan harus dibedakan juga dengan bau yang menandakan infeksi (Dewi, 2011).

Lokea disekresikan dengan jumlah banyak pada awal jam postpartum yang selanjutnya akan berkurang sejumlah besar sebagai *lokea rubra*, sejumlah kecil sebagai *lokea serosa*, dan sejumlah lebih sedikit lagi *lokea alba*. Umumnya jumlah *lokea* lebih sedikit bila wanita postpartum berada dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas manakala wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar manakala dia berdiri. Total jumlah rata-rata pembuangan *lokea* kira-kira 8-9 oz atau sekitar 240-270 ml (Dewi, 2011).

6) Perubahan pada vagina dan perineum

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berbanding tipis. Secara berangsur-angsur

luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Hilmen tampak sebagai tonjolan jaringan kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara (Saleha, 2009).

b. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain :

1) Suhu

Suhu ibu akan naik pada hari pertama 37,5-38° C dan suhu akan normal kembali (Rahayu, 2012).

2) Nadi

Nadi dalam keadaan normal selama masa nifas kecuali pengaruh partus lama, persalinan sulit dan kehilangan darah yang berlebihan. Setiap denyut nadi 100x/menit selama nifas adalah abnormal dan mengindikasikan pada infeksi atau haemoragis postpartum (Rahayu, 2012).

3) Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Rahayu, 2012).

c. Perubahan Sistem Kardiovaskular

Cardiac output meningkat selama persalinan dan peningkatan lebih lanjut setelah kala III, ketika besarnya volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Penurunan setelah hari pertama puerperium dan kembali normal pada akhir minggu ketiga. Meskipun terjadi penurunan di dalam aliran darah ke organ setelah hari pertama, aliran darah ke payudara meningkat untuk mengadakan laktasi. Merupakan perubahan umum yang penting keadaan normal dari sel darah merah dan putih pada akhir puerperium (Rahayu, 2012).

Pada beberapa hari pertama setelah kelahiran, fibrinogen, plasminogen, dan factor pembekuan menurun cukup cepat. Akan tetapi darah lebih mampu untuk melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas, dan ini berakibat meningkatkan resiko thrombosis (Rahayu, 2012).

d. Sistem Pencernaan Pada Masa Nifas

1) Nafsu makan

Nafsu Makan menurut (Jannah, 2011) yaitu :

- a) Ibu biasanya lapar setelah melahirkan.
- b) Ibu boleh konsumsi makanan ringan.
- c) Ibu akan merasa sangat lapar setelah benar-benar pulih dari efek analgesik, anastesi, dan keletihan.

2) Motilitas

- a) Secara khas, penurunan tonus otot dan motilitas otot

- b) Traktus cerna menetap selama waktu singkat setelah bayi lahir.
- c) Kelebihan anakgesik dan motalitas ke keadaan normal.

3) Defekasi

- a) Buang air besar spontan bisa tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah ibu melahirkan.
- b) Buang air besar tidak lancar disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinaan dan awal masa pasca persalinan, diare sebelum, persalinan, kurang makan, atau dalam keadaan dehidrasi.
- c) Kebiasaan buang air besar teratur perlu dicapai setelah tonus kembali pada keadaan normal (Jannah, 2011).

e. Perubahan Sistem Perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang tegang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Perkemihan sistikopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak saja edema dan hiperemia. Dinding kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasasi darah pada submukosa. Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum agar dapat dikendalikan. Oleh karena itu, contoh spesimen diambil melalui katherisasi agar tidak terkontaminasi dengan lokia yang nonpatologis, hal ini dapat diwujudkan hanya bila tidak ada tanda dan gejala infeksi saluran kemih atau preeklamsi. Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3.000 ml perharinya. Hal ini diperkirakan

merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu juga di dapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan.

4. Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting. Pada masa nifas, ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting dalam hal memberi pengarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis (Reni, 2010).

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan melalui fase –fase sebagai berikut:

a. Fase *taking in*

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini fokus perhatian ibu terutama pada bayinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi yang baik, dan asupan nutrisi (Reni, 2010).

Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahannya membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gejala

kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya (Reni, 2010).

Oleh karena itu kondisi ini perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini, perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya, disamping nafsu makan ibu yang memang sedang meningkat (Reni, 2010).

Gangguan psikologis yang dapat dialami oleh ibu pada fase ini adalah:

- 1) Kekecewaan pada bayinya.
- 2) Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
- 4) Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya (Reni, 2010).

b. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri (Reni, 2010).

Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan perawatan bayi, cara

menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain (Reni, 2010).

c. Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi. Kebutuhan akan istirahat masih diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya (Reni, 2010).

Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Fisik: istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih.
- 2) Psikologi: dukungan dari keluarga sangat diperlukan.
- 3) Sosial: perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian.
- 4) Psikososial (Reni, 2010).

5. **Kebutuhan Dasar Ibu Nifas**

Kebutuhan dasar pada masa nifas sebagai berikut:

a. Kebutuhan gizi ibu menyusui

Kualitas dan jumlah makanan yang dikonsumsi akan sangat memengaruhi produksi ASI. Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan sebesar 800 kkal yang digunakan untuk memproduksi ASI dan untuk aktivitas ibu sendiri.

1) Energi

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama pasca partum mencapai 500 kkal. Rekomendasi ini berdasarkan pada asumsi bahwa tiap 100 cc ASI berkemampuan memasok 67-77 kkal. Efisiensi konversi energi yang terkandung dalam makanan menjadi energi susu sebesar rata-rata 80% dengan kisaran 76-94% sehingga dapat diperkirakan besaran energi yang diperlukan untuk menghasilkan 100 cc susu sekitar 85 kkal. Rata-rata produksi ASI sehari 800 cc yang berarti mengandung 600 kkal. Sementara itu, kalori yang dihabiskan untuk menghasilkan ASI sebanyak itu adalah 750 kkal. Jika laktasi berlangsung selama lebih dari 3 bulan, selama itu pula berat badan ibu akan menurun, yang berarti jumlah kalori tambahan harus ditingkatkan (Sulistiyawati, 2009: 45).

2) Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan tiga gelas susu, dua butir telur, lima putih telur, 120 gram keju, 1 gelas yoghurt, 120-140 gram ikan atau daging atau unggas, 200-240 gram tahu atau 5-6 sendok selai kacang (Heryani, 2010: 67).

Selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1,2 gram protein. Ibu menyusui juga dianjurkan makan makanan yang mengandung asam lemak Omega 3 yang banyak terdapat dalam ikan kakap, tongkol, dan lemuru. Asam ini akan diubah menjadi DHA yang akan dikeluarkan melalui ASI. Dengan penjelasan tersebut,

akhirnya dapat dirumuskan beberapa anjuran yang berhubungan dengan pemenuhan gizi ibu menyusui, antara lain :

- a) Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.
- b) Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin.
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui.
- d) Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas.
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

b. Eliminasi

Miksi disebut normal bila ibu buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan dirangsang dengan mengalirkan keran didekat klien, mengompres air hangat diatas simfisis, bila tidak tidak berhasil dengan cara tersebut maka dilakukan dengan kateterisasi. Kateterisasi membuat klien tidak nyaman dan resiko infeksi saluran kencing tinggi. Untuk itu kateterisasi tidak dilakukan sebelum lewat 6 jam postpartum (Yanti dkk, 2011).

c. Ambulasi Dini (Early Ambulation)

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

- 1) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.

- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.
- 4) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis) (Sulistyawati, 2009: 46).

d. Kebersihan Diri

Beberapa langkah penting dalam perawatan kebersihan diri ibu *post partum*, antara lain :

- 1) Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi. Kulit ibu yang kotor karena keringat atau debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi.
- 2) Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- 3) Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari. Masih adanya luka terbuka di dalam rahim dan vagina sebagai satu-satunya *port de entre* kuman penyebab infeksi rahim maka ibu harus senantiasa menjaga suasana keasaman dan kebersihan vagina dengan baik.
- 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ia selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- 5) Jika mempunyai luka *episiotomy*, hindari untuk menyentuh daerah luka. Ini yang kadang kurang diperhatikan oleh pasien dan tenaga kesehatan.

Karena rasa ingin tahunya, tidak jarang pasien berusaha menyentuh luka bekas jahitan di perineum tanpa memerhatikan efek yang dapat ditimbulkan dari tindakannya ini. Apalagi pasien kurang memerhatikan kebersihan tangannya sehingga tidak jarang terjadi infeksi sekunder (Heryani, 2010: 68).

e. Istirahat

Ibu *post partum* sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang

Kurang istirahat pada ibu *post partum* akan mengakibatkan beberapa kerugian, misalnya:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Sulistyawati, 2009: 57).

f. 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. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

g. Latihan/ Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit post partum. Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan mendiskusikan 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.

6. Kunjungan Masa Nifas

Jadwal kunjungan masa nifas (Syafrudin, 2009) adalah sebagai berikut:

a. Kunjungan Pertama (6 – 8 jam Pasca Persalinan)

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas, karena atonia uteri
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, serta merujuk jika perdarahan berlanjut.
- 3) Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga cara mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI awal
- 5) Melakukan *bonding attachment*
- 6) Menjaga bayi tetap sehat, cegah hipotermia.

- 7) Petugas kesehatan yang menolong persalinan harus mendampingi ibu dan BBL 2 jam pertama pascapartum atau sampai keadaan ibu dan bayinya stabil.

b. Kunjungan Kedua (6 hari Pasca Persalinan)

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan
- 2) Menilai adanya tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- 3) Memastikan ibu dapat makan, minum, dan cukup istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda penyulit
- 5) Memberi konseling mengenai asuhan bayi, perawatan tali pusat dan perawatan sehari – hari

c. Ketiga (6 minggu Pasca – Persalinan)

- 1) Menanyakan penyulit yang dialami
- 2) Memberi Konseling KB secara dini

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Program keluarga berencana adalah suatu program yang dimaksudkan untuk membantu para pasangan dan perorangan dalam mencapai tujuan reproduksi mereka, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi insidens kehamilan beresiko tinggi, kesakitan dan kematian membuat pelayanan yang bermutu, terjangkau, diterima dan mudah diperoleh bagi semua orang yang membutuhkan, meningkatkan mutu nasehat, komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan pelayanan meningkatkan partisipasi dan tanggung jawab pria dalam praktek KB (Maharyani dkk, 2010:1).

Keluarga Berencana (*Family Planning Planted Parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistiyawati, 2011; 187).

Kontrasepsi berasal dari kata "kontra" yang berarti mencegah atau melawan dan "konsepsi" yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah upaya mencegah pertemuan sel telur matang dan sperma untuk mencegah kehamilan (BKKBN, 2011).



Gambar 2.18

Macam-macam jenis kontrasepsi

Sumber: www.google.co.id (diakses 12 Oktober 2017)

2. Macam-Macam Keluarga Berencana

Beberapa metode kontrasepsi antara lain:

a. Metode Kontrasepsi Sederhana tanpa alat

1) Metode *Amenorea Laktasi* (MAL)

a) Pengertian

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Saifuddin, 2014: MK-1).

b) Syarat MAL

(1) menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x sehari;

(2) Belum haid;

(3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

(4) Efektif sampai 6 bulan.

(5) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya (Affandi, 2011).

c) Cara kerja

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormone yang berperan adalah prolactin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolactin meningkat dan hormone gonadotropin melepas hormone penghambat (Dewi, 2013; 162)

d) Keuntungan

- (1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan).
- (2) Segera efektif.
- (3) Tidak mengganggu sanggama.
- (4) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- (5) Tidak perlu pengawasan medis.
- (6) Tidak perlu obat atau alat.
- (7) Tanpa biaya.
- (8) Keuntungan Nonkontrasepsi (Saifuddin dkk, 2010:MK2-3)
- (9) Mengurangi resiko anemia, meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi (Dewi, 2013; 162-163).

e) Keterbatasan MAL

Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social, efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan, tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS (Sujiyatini, 2009).

f) Yang boleh menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan, belum mendapat haid setelah melahirkan. (Handayani, 2010).

g) Yang tidak boleh menggunakan MAL

Sudah mendapat haid setelah bersalin, tidak menyusui secara eksklusif, bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan, bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam (Sujiyatini, 2009).

2) Senggama Terputus (*Coitus interruptus*)

a) Pengertian

Sanggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pila mencapai ejakulasi (Saifuddin dkk, 2010: MK16).

b) Mekanisme kerja

Alat kelamin pria dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk kedalam vagina dan kehamilan dapat dicegah

c) Keuntungan

- (1) Dapat digunakan oleh setiap wanita
- (2) Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus.
- (3) Tidak mengganggu saat hubungan seksual.
- (4) Menghindari risiko kesehatan yang berkaitan dengan kontrasepsi.
- (5) Tidak memerlukan biaya.
- (6) Tidak memerlukan tempat pelayanan (Dewi, 2013; 164)

d) Keterbatasan

- (1) Memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri.
- (2) Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya.
- (3) Pasutri tidak melakukan hubungan seksual setiap saat.
- (4) Pasutri harus tau masa subur dan masa tidak subur.

- (5) Harus mengamati siklus menstruasi minimal 6 kali.
- (6) Menstruasi yang tidak subur menjadi terhambat.
- (7) Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi (Dewi, 2013; 164).

e) Efektifitas

Angka kegagalan tinggi yaitu 18-38 persen. Sebab kegagalan antara lain: adanya pengeluaran cairan sebelum ejakulasi, terlambat mengeluarkan penis dari liang senggama, semen tumpah di vulva, sehingga sperma bisa masuk kedalam. (Oktalin,2011)

3) Metode kalender

a) Pengertian

Haid hari pertama dihitung sebagai ke 1. Masa subur adalah hari ke 12 hingga hari ke 16 dalam siklus haid.

Seorang wanita menentukan masa suburnya tidak teratur dengan:

- (1) Mengurangi 18 hari dari siklus haid terpendek, untuk menentukan awal masa suburnya.
- (2) Mengurangi 11 hari dari siklus haid terpanjang, untuk menentukan akhir dari masa suburnya.

b) Keuntungan

Keuntungan dari metode kalender antara lain:

- (1) Dapat digunakan oleh setiap wanita
- (2) Tidak membutuhkan alat/ pemeriksaan khusus
- (3) Tidak mengganggu saat hubungan seksual

- (4) Menghindari resiko kesehatan yang berkaitan dengan kontrasepsi
 - (5) Tidak memerlukan biaya
 - (6) Tidak memerlukan tempat pelayanan
- c) Kekurangan

Kekurangan dari metode kalender antara lain:

- (1) Memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri
 - (2) Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya
 - (3) Pasutri tidak melakukan hubungan seksual setiap saat
 - (4) Pasutri harus tahu masa subur dan masa tidak subur
 - (5) Harus mengamati siklus menstruasi minimal 6 kali
 - (6) Menstruasi yang tidak subur menjadi terhambat
 - (7) Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.
- b. Metode kontrasepsi sederhana menggunakan alat

1) Kondom



Gambar 2.19
Kondom

Sumber : Maryunani, 2016: 550

a) Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat udari 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 (KKB, 2011; MK-9).

b) Cara kerja kondom

Mencegah spermatozoa bertemu dengan ovum/ sel telur pada waktu senggama karena sperma tertampung dalam kondom (Maryunani, 2016; 550).

c) Efek samping

Kondom rusak atau diperkirakan bocor, kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan, adanya reaksi alergi dan mengurangi kenikmatan seksual (Dewi, 2013; 175).

2) Diafragma

a) Pengertian

Alat kontrasepsi dari lateks berbentuk kubah dimasukkan ke dalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan berfungsi untuk menutupi servik (Dewi, 2013; 60).

b) Mekanisme Kerja

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat spermatisida.

c) Efek Samping

Efek samping yang serius umumnya tidak ada, bilamana diafragma dipakai sebagaimana mestinya, tetapi kadang-kadang terjadi:

- (1) Reaksi alergi
- (2) Iritasi vagina
- (3) Infeksi saluran uretra
- (4) Dispareunia
- (5) Timbul cairan vagina dan berbau jika dibiarkan lebih dari 24 jam.

c. Metode Kontrasepsi Hormonal

1) Pil Kombinasi

a) Pengertian



Gambar 2.20
Pil kombinasi

Sumber: www.google.co.id (diakses 13 Oktober 2017)

Pil KB kombinasi merupakan alat kontrasepsi hormonal yang mengandung *levonorgestrel* (turunan dari hormon progesteron) dan *etinilestradiol* (turunan dari hormon estrogen). Suntik KB 1 bulan juga mengandung estrogen dan progesteron sehingga diduga dapat mengurangi kejadian dismenore (Syahadatina Noor dkk, 2010). Jenis pil kombinasi adalah:

- (1) *Monofasik*: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung

hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

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

(3) *Trifasik*: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif

b) Mekanisme kerja

(1) Menekan ovulasi

(2) Mencegah implantasi

(3) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma

(4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendiri dengan efektifitas tinggi.

c) Indikasi

(1) Usia reproduksi

(2) Telah memiliki anak atau belum

(3) Gemuk atau kurus

(4) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi

(5) Telah melahirkan dan tidak menyusui

(6) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif

(7) Pasca keguguran

(8) Anemia karena haid berat

- (9) Nyeri haid hebat
- (10) Siklus haid tidak teratur
- (11) Riwayat kehamilan ektopik
- (12) Kencing manis tanpa komplikasi ginjal
- (13) Kelainan payudara jinak.

d) Yang Tidak Boleh Menggunakan Pil Kombinasi

- (1) Hamil atau dicurigai hamil.
- (2) Menyusui eksklusif.
- (3) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- (4) Penyakit hati akut (hepatitis).
- (5) Perokok dengan usia > 35 tahun.
- (6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah > 180/110 mmHg.
- (7) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun.
- (8) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara.
- (9) Migrain dan gejala neurologik fokal (epilepsi/riwayat epilepsi).
- (10) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari (Saifuddin dkk, 2010: MK 29-31).

e) Efek Samping

Menurut Hartono (2010) efek samping pil kombinasi diantaranya:

- (1) Jerawat atau kulit berminyak

- (2) Perdarahan bercak atau perdarahan haid
- (3) Payudara terasa penuh atau nyeri
- (4) Depresi
- (5) Gangguan penglihatan (buram atau hilangnya penglihatan)
- (6) Pada kehamilan akan terjadi kelainan pada janin
- (7) Sakit kepala
- (8) Tekanan darah tinggi
- (9) Mual
- (10) BB bertambah

2) Suntikan Kombinasi

a) Pengertian

Kontrasepsi suntik adalah kontrasepsi hormonal yang diberikan dengan cara disuntikan secara intramuskuler dan bersifat sementara (Andriati, 2014:1). Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat (DMPA) dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM. sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM. sebulan sekali.

b) Cara Kerja:

- (1) Menekan ovulasi.
- (2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- (3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.

(4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

c) Keuntungan

(1) Sangat efektif

(2) Pencegahan kehamilan jangka panjang

(3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri

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

(5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

(6) Sedikit efek samping

(7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

(8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause

(9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik

(10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara

(11) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul

(12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

d) Yang Dapat Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin

(1) Usia reproduksi

(2) Nulipara dan telah memiliki anak

(3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi

(4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

(5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui

- (6) Setelah abortus atau keguguran
 - (7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
 - (8) Perokok
 - (9) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
 - (10) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin)
 - (11) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen
 - (12) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
 - (13) Anemia defisiensi besi
 - (14) Mendekati usia menopause yang tidak mau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- e) Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi
- (1) Hamil atau diduga hamil.
 - (2) Menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan.
 - (3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 - (4) Penyakit hati akut (virus hepatitis).
 - (5) Usia > 35 tahun yang merokok.
 - (6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg).
 - (7) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun.
 - (8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau

migrain.

(9) Keganasan pada payudara (Saifuddin dkk, 2010: MK35-31).

3) Suntikan progestin

a) Pengertian

Kontrasepsi suntik 3 bulan adalah kontrasepsi jenis suntikan yang berisi hormone progesteron saja dan tidak mengandung hormon estrogen, dosis yang diberikan adalah 150 mg/ml secara intramuskuler setiap 12 minggu. Mekanisme kerja dari KB suntik 3 bulan adalah mencegah ovulasi, membuat lendir servik menjadi kental, membuat endometrium kurang baik untuk implantasi dan mempengaruhi kecepatan transportasi ovum didalam tuba fallopi (Susilowati, 2011:1). Injeksi Depo-Provera sekitar 99% efektif dalam mencegah kehamilan saat disuntikkan setiap tiga bulan sekali (Akinlaja *et al*, 2016:1).

b) Jenis

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

(1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).

(2) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

c) Cara Kerja

- (1) Mencegah ovulasi.
- (2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- (3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Saifuddin dkk.2010:MK42-43).

4) Mini Pil

a) Pengertian

Kontrasepsi pil progestin (mini pil) adalah metode kontrasepsi yang mengandung hormone steroid (progesterone sintetis saja) yang dipergunakan per oral (Hidayati, 2009:12)

b) Profil

- (1) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB.
- (2) Sangat efektif pada masa laktasi.
- (3) Dosis rendah

c) Jenis Minipil

- (1) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron.
- (2) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 µg desogestrel.

d) Cara Kerja Minipil

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

- (2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.
 - (3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
 - (4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.
- e) Yang Tidak Boleh Menggunakan Minipil
- (1) Hamil atau diduga hamil.
 - (2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 - (3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
 - (4) Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat).
 - (5) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
 - (6) Sering lupa menggunakan pil.
 - (7) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus.
 - (8) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah (Saifuddin dkk, 2010:MK48-50).

5) Implant

a) Pengertian

Implant adalah alat kontrasepsi yang disusupkan di bawah kulit lengan atas sebelah dalam, berbentuk kapsul silastik (lentur), panjangnya sedikit lebih pendek dari korek api (Handayani, 2010; 53).

b) Jenis-jenis implant

- (1) Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm yang berisi 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.

(2) Implanon

Terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang berisi 68 mg 3 Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

(3) Jadena dan Indoplant

Terdiri dari 2 batang yang berisi 75 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

c) Mekanisme kerja

Lendir servik menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transformasi sperma, dan menekan ovulasi (Dewi, 2013; 190).

d) Indikasi

Usia reproduksi, menghendaki kontrasepsi jangka panjang, ibu menyusui, pasca keguguran/abortus, tidak menginginkan anak lagi tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi), wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen, sering lupa mengkonsumsi pil (Kumalasari, 2015; 280).

e) Kontraindikasi

Hamil atau di duga hamil, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, kanker payudara atau riwayat kanker payudara,

tidak menerima perubahan pola haid yang terjadi, mioma uterus dan kanker payudara, gangguan toleransi glukosa (Dewi, 2013; 191).

f) Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun), pengembalian kesuburan yang cepat, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat, mengurangi jumlah darah menstruasi, mengurangi atau memperbaiki anemia (Kumalasari, 2015; 281).

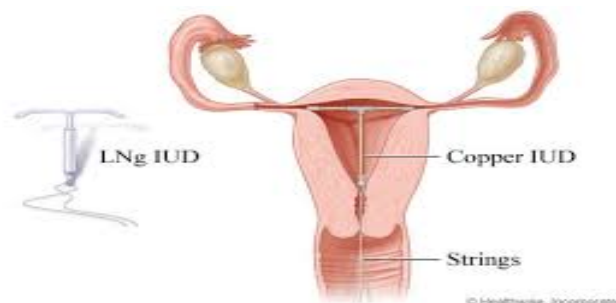
g) Kerugian

Gangguan menstruasi, berat badan bertambah, liang senggama terasa kering, menimbulkan jerawat dan keregangan payudara (Purwaningsih dkk, 2010; 79)

h) Efek samping.

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

6) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)



Gambar 2.21
Kontrasepsi AKDR
Sumber : Maryunani A, 2016; 554

a) Pengertian

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/ *Intra-Uterine Device* (IUD) adalah suatu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan, dan masa aktif fungsi kontrasepsinya), diletakkan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi menghalangi fertilisasi dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus (Hidayati, 2009:30). IUD jauh lebih efektif daripada Pil, patch kontrasepsi, dan cincin vagina terutama pada wanita muda (Goldstuck *et al*, 2015).

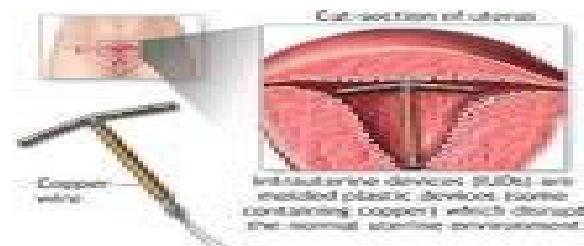
b) Profil

- (1) Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT380A).
- (2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak.
- (3) Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan.
- (4) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- (5) Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada Infeksi Menular Seksual (IMS).

c) Macam-macam jenis IUD

Jenis- jenis IUD yang dipakai di Indonesia diantaranya:

- (1) Cooper- T



Gambar 2.22
Cooper- T
Sumber: (Imbarwati ,2009)

Jenis IUD Copper-T berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana paa bagian vertikalnya diberi lilitan kawat (Imbarwati , 2009).

(2) Multi load



Gambar 2.23
Multi load
Sumber: (Imbarwati ,2009)

Jenis IUD ini terbuat dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjang dari ujung atas ke ujung bawah 3,6 cm. Batang diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambah efektifitas. Ada tiga jenis ukuran multi load yaitu standar, small, dan mini.

(3) Lippes loop



Gambar 2.24
Lippes loop
Sumber: (Imbarwati ,2009)

IUD ini terbuat dari polyethelene, berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, 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 (benang hitam), tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan tipe D berukuran 30 mm dan tebal (benang putih). Lippes loop mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan dari pemakaian IUD jenis ini adalah bila terjadi perforasi, jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastis.

d) Cara Kerja AKDR

- (1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi
- (2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum
- (3) mencapai kavum uteri.
- (4) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- (5) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus
(Saifuddin, 2010).

e) Efektifitas AKDR

Keefektifitasan IUD adalah: Sangat efektif yaitu 0,5 – 1 kehamilan per 100 perempuan selama 1 tahun pertama penggunaan (Sujiyantini, 2009)

f) Keuntungan AKDR

- (1) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi Sangat efektif 0,6 - 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan). AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- (2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT – 380A dan tidak perlu diganti)
- (3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat –ingat
- (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- (6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT -380A)
- (7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- (8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- (9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- (10) Tidak ada interaksi dengan obat – obat
- (11) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

g) Kerugian AKDR

- (1) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
 - (2) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
 - (3) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas
 - (4) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik terganggu karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal (Saifuddin,2010)
- h) Kontra indikasi AKDR
- (1) Hamil atau di duga hamil
 - (2) Infeksi leher rahim atau rongga panggul, termasuk penderita penyakit kelamin
 - (3) Pernah menderita radang rongga panggul
 - (4) Penderita perdarahan pervaginam yang abnormal
 - (5) Riwayat kehamilan ektopik
 - (6) Penderita kanker alat kelamin (Kusumaningrum, 2009).
- i) Efek Samping
- (1) dapat menyebabkan infeksi panggul apabila pemasangan tidak tepat
 - (2) dapat terjadi rasa sakit berupa kram perut setelah pemasangan (Indiarti,2006)
- j) Pemasangan AKDR
- AKDR dapat dipasang dalam keadaan:
- (1) Sewaktu haid sedang berlangsung

Dilakukan pada hari-hari pertama atau pada hari-hari terakhir haid. Keuntungan AKDR pada waktu ini antara lain ialah:

- (a) Pemasangan lebih mudah oleh karena servik pada waktu itu agak terbuka dan lembek
- (b) Rasa nyeri tidak seberapa keras
- (c) Perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan

Kemungkinan pemasangan AKDR pada uterus yang sedang hamil tidak ada. Kerugian AKDR dipasang pada saat haid sedang berlangsung antara lain:

- (a) Infeksi ekspulsi lebih tinggi bila pemasangan dilakukan saat haid
- (b) Dilatasi canalis cervical adalah sama pada saat haid maupun pada saat mid-siklus. (Hartanto.2008)

(2) Sewaktu pasca persalinan

Bila pemasangan AKDR tidak dilakukan dalam waktu seminggu setelah bersalin. menurut beberapa sarjana, sebaiknya AKDR ditangguhkan sampai 6-8 minggu postpartum oleh karena jika pemasangan AKDR dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar.

(3) Sewaktu post abortus

Sebaiknya AKDR dipasang segera setelah abortus oleh karena dari segi fisiologis dan psikologis waktu itu adalah paling ideal. Tetapi *septic abortion* merupakan kontraindikasi.

(4) Beberapa hari setelah haid terakhir

Dalam hal yang terakhir ini wanita yang bersangkutan dilarang untuk bersenggama sebelum AKDR dipasang. Sebelum pemasangan AKDR dilakukan, sebaiknya diperlihatkan kepada asektor bentuk AKDR yang dipasang, dan bagaimana AKDR tersebut terletak dalam uterus setelah terpasang. Dijelaskan bahwa kemungkinan terjadinya efek samping seperti perdarahan, rasa sakit, AKDR keluar sendiri.

d. Kontrasepsi Mantap

Suatu metode yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur pada perempuan dan sperma pada laki-laki (Nina dkk, 2013).

1) Vasektomi

a) Profil

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi.

Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2011)

b) Mekanisme kerja

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Saifuddin, 2006).

c) Manfaat kontrasepsi

(1) Sangat efektif

(2) Permanen

(3) Tidak mengganggu hubungan seksual

- (4) Baik untuk pasangan jika kehamilan akan menyebabkan resiko kesehatan bagi wanita tersebut
- (5) Pembedahan sederhana di bawah anestesi local
- (6) Tidak ada efek samping jangka panjang
- (7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

d) Syarat Melakukan vasektomi

(1) Syarat sukarela

Klien benar-benar bersedia memakai kontrasepsi mantap secara sukarela, tidak ada paksaan dan klien telah mengetahui semua yang berhubungan dengan kontrasepsi mantap

(2) Syarat bahagia

Perkawinan sah dan harmonis, memiliki anak hidup 2 orang, umur anak terkecil > 2 tahun, keadaan fisik dan mental anak sehat, mendapatkan persetujuan istri, umur istri 25-45

(3) Syarat sehat

Syarat kesehatan dilakukan melalui pemeriksaan pra-bedah oleh dokter (Handayani,2010)

e) Indikasi

(1) Pria usia reproduktif <50 tahun

(2) Yang menginginkan metode sangat efektif

(3) Istri yang bermasalah usia, paritas atau kesehatan yang mungkin akan menimbulkan resiko

(4) Yang memahami dan sukarela member izin untuk pemasangan prosedur tersebut

(5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

f) Kontraindikasi

(1) Infeksi kulit lokal

(2) Infeksi traktus genitalia

(3) Kelainan skrotum dan sekitarnya

(4) Penyakit sistemik : penyakit perdarahan, DM, jantung koroner

(5) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual tidak stabil

2) Tubektomi

a) Pengertian

Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2012).

b) Jenis: Minilaparotomi, Laparoskopi.

c) Cara kerja: dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

d) Waktu dilakukan

- (1) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proferasi) pasca persalianan.
- (2) Minilap: didalam waktu 2 hari atau 6 minggggu atau 12 minggu.
- (3) Laparoskopi: tidk tepat untuk klien-klien pasca persalinan.
- (4) Pasca keguguran

Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap atau laparoskopi).

Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja) (Affandi, 2012).

e) Keuntungan

Menurut BKKBN (2012) Keuntungan MOW sangat banyak, antara lain: tidak ada efek samping dan perubahan dalm fungsi hasrat seksual, dapat dilakukan pada perempuan diatas 26 tahun, tidak mempengaruhi Air Susu Ibu (ASI), perlindungan terhadap terjadinya kehamilan sangat tinggi, dapat digunakan seumur hidup, dan tidak mempengaruhi atau mengganggu kehidupan suami istri (Seto dkk, 2011).

f) Efektivitas

MOW merupakan bentuk kontrasepsi yang sangat efektif dengan angka kegagalan 1-5 per 1000 kasus, yang berarti efektivitasnya 99,4-99,8% per 100 wanita per tahun dan satu- satunya metode kontrasepsi wanita yang permanen (Rosita, 2013)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

Menurut Nursalam (2008) data subjektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

1. Biodata

a) Nama

Dikaji dengan nama yang jelas dan lengkap, untuk menghindari adanya kekeliruan atau untuk membedakan dengan klien atau pasien yang lalu.

b) Umur

Usia untuk menetapkan risiko tinggi apabila kurang dari 19 tahun sudah hamil atau lebih dari 35 tahun ketika hamil pertama (Manuaba dkk, 2009: 1).

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012: 122)

d) Pekerjaan

Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010: 117).

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2010: 235).

2. Keluhan utama

Keluhan yang menyebabkan ibu memeriksakan diri biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan. Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan kehamilannya karena ingin mengetahui tentang terjadinya kehamilan; ingin menggugurkan kehamilan karena alasan khusus; terjadinya penyulit kehamilan muda yang dapat meliputi gangguan muntah berlebihan, terjadi perdarahan, atau sakit pada perut; keluhan kehamilan tua yang mungkin disertai perdarahan, mengeluarkan air ketuban, gerak anak berkurang atau hiperaktif, terlambat melahirkan, atau ingin melahirkan karena perut mulai sakit (Manuaba dkk, 2009:2).

Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan terdapat infeksi yang menyertai kehamilan kemungkinan terjadi gangguan pada genito-urinaria, terdapat keluhan leukorea, atau badan panas (Manuaba dkk, 2009:2).

2) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dan sifat darah (cair atau ada gumpalan) disminorhoe atau tidak dan haid terakhir (Manuaba, 2007:455).

Menurut Mochtar (2012 : 35), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan

taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegele :

TTP = (hari HT+7) dan (bulan HT-3) dan (tahun HT+1) untuk siklus 28 hari +x hari

Menurut Sunarti (2013:64-65) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terakhir 2 Februari, caranya, tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

3) Riwayat obstetri

Jumlah dan hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya, termasuk infeksi dan perdarahan harus diperoleh. Perawatan harus diberikan untuk meyakinkan bahwa faktor resiko seperti berat badan lahir rendah, lahir premature dan melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Walsh, 2012:113)

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko tinggi, sehingga perlu dikirim ke rumah sakit (Manuaba, 2010:168).

Informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama) berat lahir, jenis kelamin dan komplikasi lain (Marmi, 2011:158).

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu dengan riwayat infeksi uterin, rasa nyeri yang berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat. (Manuaba, 2010).

4) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014):

- a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan. Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir Nursalam 2004 dalam Nurhidayah(2014).
- b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III. Untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda (Nurhidayah 2014).
- c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani, 2008). Quickening atau *feeling life* (persepsi gerakan janin pertama) biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu (primigravida) atau 16 minggu (multigravida) (Pantikawati dkk, 2010:52).
- d) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan (Winkjosastro, 2007).
- e) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Winkjosastro, 2007).
- f) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikosisnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya,

wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu (Retna, 2008).

5) Riwayat KB

Menurut Saifuddin (2012:MK 1-MK 74) kontrasepsi pasca salin yang tidak berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu MAL (Metode Amenore Laktasi), senggama terputus, kondom, kontrasepsi pil progestin (minipil), implant, dan AKDR (IUD). Pada umumnya klien pasca salin ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun. Konseling tentang Keluarga Berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pasca salin (Saifuddin, 2012: U-51)

6) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan sekarang merupakan data yang berisi keluhan ibu sekarang saat pengkajian dilakukan, riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat penyakit seperti jantung, asma, hipertensi, ginjal dan diabetes melitus (Manuaba, 2008). Riwayat penyakit keluarga dikaji untuk mengetahui adakah riwayat penyakit menurun atau menular, adakah riwayat kembar atau tidak.

7) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Nutrisi merupakan perhatian utama dalam perawatan prenatal. Wanita memerlukan aspek-aspek kebutuhan nutrisi seperti jumlah kalori, protein, zat besi, asam folat, dan vitamin C (Varney *et al*, 2009: 546).

Nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan:

(1) 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 pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Saifuddin, 2010: 286).

(2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan oedema (Varney *et al*, 2006: 543).

(3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu (Saifuddin, 2010: 92).

(4) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet

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

(5) Asam folat

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

b) Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAK dan BAB dalam sehari, adakah kaitannya dengan obstipasi atau tidak (Nurhidayah, 2014).

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Konstipasi biasanya terjadi pada trimester II dan III. Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011).

c) Istirahat

Istirahat yang dibutuhkan \pm 6-8 jam/hari, termasuk tidur siang dan malam. Posisi yang baik adalah ibu tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang di atas yang lainnya dan dengan bantal diapit di antara kedua kaki (Manuaba, 2010:98).

d) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu (Manuaba, 2010; 132-135). Varney (2007; 202) menambahkan, seorang wanita dianjurkan untuk jalan-jalan selama 20-30 menit di pagi hari. Saifuddin (2009; 287) menambahkan, ibu hamil

jangan mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan.

Kontraindikasi senam hamil yaitu ibu yang memiliki riwayat keguguran berulang, kehamilan dengan perdarahan dan kehamilan dengan bekas operasi, persalinan belum cukup bulan, pada kasus infertilitas, usia saat hamil relatif tua (primi tua). Selain itu, ibu yang kondisinya tidak cukup sehat menurut dokter atau bidan tidak diperbolehkan mengikuti senam hamil (Manuaba, 2010; 135).

Menurut Manuaba (2010; 144), ada beberapa penggerakan yang dilarang atau dicegah, diantaranya adalah bekerja berat, mudah menimbulkan kelelahan yang akan mengurangi kesehatan wanita yang memang sudah menurun karena adanya kehamilan, melonjak, meloncat atau mencapai benda tinggi harus dicegah pula, serta bepergian jauh dengan kendaraan yang banyak bergerak.

e) Personal Hygiene

Menurut Mochtar (2012; 47), mandi diperlukan untuk kebersihan diri, terutama untuk perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Pakaian yang harus digunakan ibu hamil harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut. Dianjurkan memakai bra yang menyokong payudara. Payudara dipersiapkan untuk memberikan ASI, terutama bagi ibu hamil pertama harus diperhatikan karena biasanya puting susu masih tenggelam, sehingga dapat mengalami kesulitan saat laktasi. Harus dilakukan perawatan payudara dengan cara

membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tengelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu.

f) Hubungan seksual

Menurut Manuaba (2010: 120) Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau jika hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran; persalinan sebelum waktunya; mengalami kematian dalam kandungan; sekitar dua minggu menjelang persalinan.

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

g) Pola kebiasaan

(1) Merokok

Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan vagina, kelainan prematur, dan BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu di atas 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romauli, 2011: 112).

(2) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin *Fetal alcohol syndroma* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil (Fraser *et al*, 2009: 168).

(3) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalitas (Fraser *et al*, 2009: 167).

1) Riwayat Psikososial dan Budaya.

Dikaji perkawinan ibu apakah menikah atau tidak menikah, berapa kali menikah, atau lamanya menikah, dan setelah berapa tahun baru hamil. Catatan: perkawinan lebih dari lima tahun baru hamil termasuk dalam risiko tinggi (Manuaba dkk, 2009: 1).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan ibu dan tingkat kesadaran pasien, sedang atau baik (Nursalam, 2008).

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis (kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan), somnolen (kesadaran yang mau tidur saja, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri, tetapi jatuh tidur lagi), koma (tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun, reflek pupil terhadap cahaya tidak ada (Nursalam, 2008).

c) Tanda-tanda vital

- (1) Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5⁰. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5⁰C perlu diwaspadai adanya infeksi (Roumauli, 2011 : 173).
- (2) Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009:185).
- (3) Nadi, denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100x/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi >100x/menit (Marmi, 2011:163).
- (4) Tekanan darah pada kehamilan normal sedikit menurun sejak minggu ke-8. Kondisi ini menetap sepanjang trimester II dan kembali ke tekanan darah sebelum hamil. Seluruh TD pada wanita hamil harus diukur pada posisi duduk. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami

hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistol >120 mmHg ia berisiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2011:163).

d) Pemeriksaan antropometri

(1) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah ≥ 145 cm (Marmi, 2014:163). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romauli, 2011: 173).

(2) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Manuaba, 2010: 95).

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Fraser *et al*, 2009: 254).

Menurut Saifuddin (2010: 80) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.7:

Tabel 2.7
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

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

Obesitas	> 29	≥ 7
Gemelli		16 - 20,5

Sumber : (Saifuddin. 2010: 180)

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, 2010: 180). Kenaikan berat badan > 0,57 kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu <0,34 kg/minggu, menurunkan resiko hipertensi tetapi menaikkan resiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2010: 532).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011: 173).

2) Pemeriksaan fisik

b) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

(1) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011: 174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010: 543).

(2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romauli, 2011: 174).

(3) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011). Gusi cenderung berdarah akibat hiperemia pada pertengahan kehamilan (Varney dkk, 2007).

(4) Telinga

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

c) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Fungsi hormone ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat, produksi peotide pada janin, plasma dan ibu (Saifuddin, 2009). Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil karenabanyak gejala hipotiroidisme seperti keletihan, penambahan berat badan dan konstipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan (Marmi, 2011).

d) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispne, penurunan bunyi nafas (Marmi, 2011:207).

e) Abdomen

Ada bekas opeerasi atau tidak, ada striae atau tidak, ada linea nigra atau ada linea alaba atau tidak. Gerakan menendang atau tendangan janin yang normal adalah 10 gerakan dalam 12 jam (Saifuddin, 2010). Didalamnya pemeriksaan khusus yang harus dilakukan seorang bidan diantaranya:

(1) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mc. Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010; 100).

Tabel 2.8
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (± 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm(± 2 cm)	Ditengah antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm(± 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Saifudin, 2014; 93

(2) Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012; 41) cara untuk menentukan tuanya kehamilan antara lain:

- (a) Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.
- (b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “feeling life” (quickening).
- (c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.
- (d) Menurut Manuaba (2010; 120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.9
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

TFU	Usia kehamilan
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan px dan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px	36 minggu
Pertengahan px dan pusat	40 minggu

Sumber: Manuaba dkk, 2010: 120

- (e) Menurut Manuaba (2010; 128), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu
 1. mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu;
 2. memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36;

3. mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin;
4. mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

(3) Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012; 41) menurut rumusnya Johnson tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-n) x 155= berat badan (g). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n=12, dan bila kepala di bawah spina iskiadika maka n=11. Tafsiran Berat Janin sesuai usia kehamilan trimester III menurut Manuaba (2010; 89) .

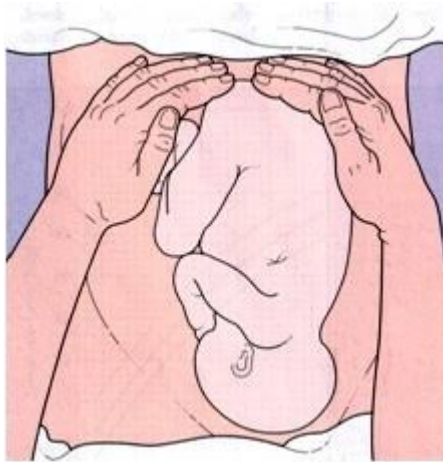
Tabel 2.10
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

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

Sumber: Manuaba dkk, 2010; 89

(4) Pemeriksaan Leopold

(a) Leopold I



Gambar 2.25
Leopold I

Sumber: www.google.co.id (diakses 23 Desember 2017)

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain di atas simfisis (Manuaba, 2010; 118). Menurut Marmi (2011; 167) langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

1. Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
2. Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat ke arah muka penderita
3. Rahim dibawah ke tengah
4. Tinggi fundus uteri ditentukan

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.11
TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan px dan pusat
36 minggu	Setinggi px atau 2-3 jari di bawah px
40 minggu	Pertengahan px dan pusat

Sumber: Jannah, 2017; 84

(b) Leopold II



Gambar 2.26
Leopold II

Sumber: www.google.co.id (diakses 21 Desember 2017)

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010; 118-119). Menurut Marmi (2011; 167-168) langkah-langkah leopold II yaitu:

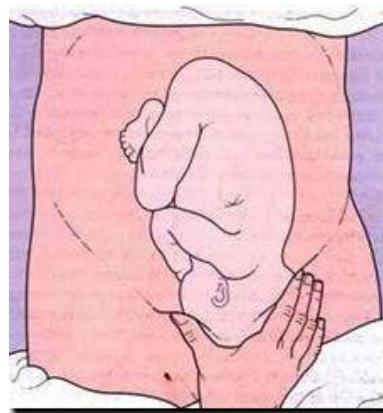
1. Kedua tangan pindah ke samping
2. Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan besar.

Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

Variasi Buddin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012; 118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012; 119)

(c) Leopold III



Gambar 2.27
Leopold III

Sumber: www.google.co.id (diakses 20 Desember 2017)

Menentukan bagian terbawah janin di atas simfisis ibu dan bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau masih bisa digoyangkan (Manuaba, 2010; 119).

Menurut Marmi (2011; 168) langkah-langkah memeriksakan 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

(d) Leopold IV



Gambar 2.28
Leopold IV

Sumber: www.google.co.id (diakses 23 Desember2017)

Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010; 119).

Menurut Marmi (2011; 168) langkah-langkah menentukan leopld IV yaitu:

1. Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
2. Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

3. Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
4. Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.

Tabel 2.12
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
4/5	H _{I-II}	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H _{II-III}	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H _{III} ⁺	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H _{III-IV}	Kepala di dasar panggul
0/5	H _{IV}	Di perineum

Sumber: Saifuddin, 2014: N-1.

(5) Osborn test

Menurut winkjosastro (2007; 231) tujuan osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (disporsisi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan tes osborn ini adalah sebagai berikut:

- (a) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (b) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif. Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari maka hasil tes

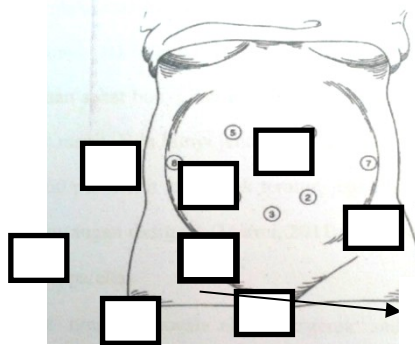
osborn adalah positif. Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (mooulase).

Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah negatif, apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu, apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka hasil tes osborn positif.

(6) Pemeriksaan denyut jantung janin

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011; 171). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung

selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Romauli, 2011; 180).



Gambar 2.29
Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26
Gestasi
Sumber: Wheeler, 2007: 145

Keterangan :

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada pada pertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajier yang ditarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung diatas 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.

f) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2010: 537). Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari

adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriiasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014: 170).

g) Anus

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

Derajat 1 : benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB.

Derajat 2 : benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar.

Derajat 3 : benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi.

Derajat 4 : benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010).

h) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteiuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Marmi, 2014:136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya

berlebihan dan cepat, maka hal ini mungki merupakan tanda preeklamsia. (Romauli, 2011:176).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan ini meliputi haemoglobin, hitung trombosit, hematokrit, golongan darah, rhesus, waktu perdarahan, waktu pembekuan, glukosa darah (sewaktu), ureum, kreatin, SGOT, SGPT, HbsAG, dan urin lengkap. Fungsi pemeriksaan darah ini adalah untuk mengetahui ada tidaknya infeksi, dan sebagai data untuk membantu kelancaran persalinan. Dengan adanya tes ini dapat diketahui apakah ibu hamil berisiko perdarahan atau tidak dengan melihat waktu pembekuan darah (Sinsin, 2008: 51-52).

b) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini.

Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksa dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2008: 50-51).

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- (1) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
- (2) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
- (3) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.
- (4) Perabaan forniks yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas (Manuaba dkk, 2009: 4).

c) Pemeriksaan Panggul luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudeogue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2008: 16).

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

(1) Distansia spinarum (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina iliaca anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2008: 16).

(2) Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaca sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologik panggul (Yulaikhah, 2008: 17).

(3) Konjugata eksterna (*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2008: 17).

(4) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. Untuk mengukurnya dipakai *oscander*. Angka yang ditunjuk jangkah harus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangkah. Jika jarak ini kurang dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Yulaikhah, 2008: 17).

d) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yaitu untuk menentukan taksiran partus dan menentukan apakah terjadi gestasi multiple. Selain untuk menentukan taksiran persalinan, pemeriksaan yang dilakukan pada minggu ke-14 dan

ke-16 mengungkapkan hamper seluruh kehamilan kembar dan pemeriksaan pada minggu ke-18 sampai ke-20 memberi informasi tentang kelainan struktur pada bayi (Wheeler, 2008:104)

e) Pemeriksaan Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati . Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014; 12).

2. Diagnosa kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, mengintrepretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat (Mekes RI, 2008).

Diagnosa : G₁/_{>1} P_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi punggung kiri/kanan, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010 : 123). Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemmoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*), dan kecemasan menghadapi persalinan.

3. Perencanaan

a. Diagnosa kebidanan : G₁/_{>1} P_{APIAH}, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi

kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010: 123).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Kesadaran composmentis.
- 3) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
- 4) Pemeriksaan laboratorium.
- 5) Hb \geq 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).
- 6) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- 7) TFU sesuai dengan usia kehamilan.
- 8) Situs bujur dan presentasi kepala.

4. Intervensi

Intervensi menurut Kriebs dan Gegor (2007: 554-556):

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

- 2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2014: 128).

6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

b. Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen).

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang.

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009: 345) :

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

2) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/ Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

5) Anjurkan pada ibu menggunakan stoking elastik. Kenakan sebelum bangun dari tempat tidur

R/ Karena penggunaan stoking elastik dapat membantu aliran balik vena.

6) Hindari konsumsi natrium berlebihan dalam diet

R/ Karena dengan mengurangi konsumsi natrium diharapkan oedema tidak semakin parah.

c. Masalah 2 : Nokturia

Tujuan Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria 1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Varney *et al* (2006: 540) :

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.

d. Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi menurut Varney *et al* (2006: 539) :

1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

2) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras.

3) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

4) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/ Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

e. 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 menurut Morgan *et al* (2009: 347):

1) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

2) 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.

3) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/ Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

5) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

6) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

7) Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah anus

R/ Dengan menjaga kebersihan daerah anus diharapkan dapat terhindar dari infeksi.

f. Masalah : 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

Intervensi menurut Benson *et al* (2013: 232) :

1) Jelaskan penyebab kram kaki

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O₂ ke jaringan sel terpenuhi.

3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/ Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

7) Anjurkan ibu untuk tidak melipat kakinya saat duduk

R/ Dengan tidak melipat kaki saat duduk diharapkan aliran darah ke kaki tidak terhambat

g. Masalah 6 : Sesak nafas

Tujuan Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan

kebutuhan O₂ ibu terpenuhi

Kriteria 1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit

2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi Menurut Varney *et al* (2006: 543) :

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R/ Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus.

2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/ Menghindari penekanan diafragma.

3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R/ Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O₂.

5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

h. Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress,

perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga

tidak cemas.

Kriteria 1) Pusing berkurang

2) Kesadaran composmetis

3) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

Intervensi menurut Varney *et al* (2006: 544):

1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

3) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O₂ karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

4) Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.

R/ Sirkulasi O₂ ke otak lancar.

i. Masalah 8: Nyeri punggung bawah

Tujuan Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis

yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009: 347) :

- 1) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukkan kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

- 2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

- 3) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

- 4) Gunakan sepatu tumit rendah.

R/ Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

- 5) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal.

R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

6) Berikan kompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri

R/ Dengan mengompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri diharapkan dapat melemaskan otot-otot yang tegang.

j. Masalah 9 : Varices

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi menurut Benson *et al* (2013: 254) :

1) Kenakan kaos kaki penyokong.

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

2) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/ Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

R/ Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaa korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

6) Perbanyak konsumsi sayuran dan buah berserat tinggi dan makanan yang dapat merangsang sirkulasi darah

R/ Dengan mengkonsumsi sayuran dan buah berserat tinggi diharapkan dapat memperlancar sirkulasi darah.

k. Masalah 10 : Panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*)

Tujuan Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria 1) Tidak kembung

2) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian

atas

Intervensi Menurut Benson *et al* (2013: 256) :

1) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormon progesteron, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ Ibu mengerti penyebab timbulnya panas dan nyeri di ulu hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

2) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

3) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas.

R/ Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

4) Hindari rokok, kopi, alkohol, dan cokelat.

R/ Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

- 5) Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur.

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

- 6) Hindari minum selain minum air putih.

R/ Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

- 7) Tidur dengan kaki ditinggikan.

R/ Memperlancar aliran darah uteroplasenter, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

- 8) Berikan antasida

R/ Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada

- 9) Anjurkan ibu untuk bernafas panjang dan rileks untuk beberapa menit

R/ Mengendorkan otot perut dan dada

- 10) Anjurkan ibu untuk duduk tegak

R/ Duduk tegak dapat menyebabkan diafragma terangkat sehingga rongga abdomen lebih luas, tekanan dan nyeri berkurang.

l. Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang.

Kriteria : 1) Ibu tampak tenang dan rileks

2) Ibu tampak tersenyum

3) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi Menurut Varney *et al* (2006: 538) :

1) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan.

R/ Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal.

2) Anjurkan ibu mandi air hangat.

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman.

3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

R/ Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan.

5. Implementasi

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan pada klien dan keluarga. Mengarah atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman (Ambarwati dkk, 2009; 478).

6. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2008).

7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007; 7), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A :Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

Identitas yang perlu dikaji meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, dan alamat lengkap (Varney, 2008).

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2010: 173) tanda-tanda persalinan adalah:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.

Gejala utama pada kala II menurut Manuaba (2010: 173) adalah:

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- (2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- (3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

3) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dan sifat darah (cair atau ada gumpalan) disminorhoe atau tidak dan haid terakhir (Manuaba, 2007:455).

Menurut Mochtar (2012 : 35), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegele :

$TTP = (\text{hari HT}+7) \text{ dan } (\text{bulan HT}-3) \text{ dan } (\text{tahun HT}+1)$ untuk siklus 28 hari +x hari

Menurut Sunarti (2013:64-65) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terakhir 2 Februari, caranya, tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama

4) Riwayat obstetri

Riwayat melahirkan *preterm* meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan *preterm* lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran *preterm* dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Wheeler, 2004: 10-11). Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010: 201).

5) Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2014: 90-91) 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.

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2010: 173-174).

6) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah sebelum kehamilannya ini pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama penggunaannya (Nursalam, 2009).

7) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal. Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami atrial fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi

uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin. (Saifuddin, 2010: 769).

Stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Kelas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa

batas gerak biasa.

Kelas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak

fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat

lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada,

edema tungkai/tangan).

Kelas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang

minimal saja telah menimbulkan gejala payah

jantung.

Kelas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala

payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan II.

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009: 322).

c) 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: 240).

d) Hipertiroidisme

Menurut Fraser *et al* (2009: 346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

e) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser *et al*, 2009: 371).

f) Diabetes melitus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser *et al*, 2009: 338)

8) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi

bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2008: 55).

b) Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAK dan BAB dalam sehari, adakah kaitannya dengan obstipasi atau tidak (Nurhidayah, 2014). Kandung kemih yang penuh kan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belu BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011).

c) Istirahat

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser dan Cooper, 2009:442).

d) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring (Mochtar, 2012).

e) Personal Hygiene

Untuk mengetahui kebersihan diri pada ibu bersalin (Saifuddin, 2006 dalam Nurhidayah 2014). Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipakai lagi (Marmi, 2011).

f) Hubungan seksual

Dikaji untuk mengetahui berapa kali klien melakukan hubungan seksualitas dengan suami dalam seminggu dan ada keluhan atau tidak (Wiknjosastro, 2008).

g) Pola kebiasaan

(1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2011).

(2) Alcohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alcohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alcohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alcohol dan meningkatkan wanita efek potensial alcohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011).

(3) 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).

9) Riwayat Psikososial dan Budaya

Menurut Sulistyawati (2012) yang kita kaji antara lain :

a) Respon ibu terhadap kehamilan ini

Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung pada pasien bagaimana perasaannya terhadap kehamilannya.

b) Respon ayah terhadap kehamilan ini

Data mengenai respon ayah ini sangat penting karena dapat dijadikan sebagai satu acuan mengenai bagaimana pola kita dalam memberikan asuhan kepada pasien.

c) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil. Hal penting yang biasanya mereka anut berkaitan dengan masa hamil yaitu pantangan makan yang berasal dari telur, daging, ikan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut justru akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum dilakukan untuk mengetahui keadaan umum dan kesadaran, pengukuran tanda-tanda vital yang meliputi suhu, nadi dan pernafasan (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

a) Pemeriksaan antropometri

(1) Berat Badan

Menurut Varney (2007 : 693) berat badan di timbang untuk memperoleh kenaikan berat badan. Kenaikan berat badan ibu selama hamil rata-rata 0,3 - 0,5 kg/minggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama kehamilan 9 – 12 kg.

(2) Tinggi Badan

Untuk mengetahui tinggi badan ibu hamil, kurang dari 145 cm atau tidak, termasuk resiko tinggi atau tidak (Varney, 2007).

(3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Untuk mengetahui status gizi ibu hamil dengan batas lingkar lengan normal, yaitu 23,5 cm (Wiknjosastro, 2007).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak (Wiknjosastro, 2007).

(1) Rambut

Untuk menilai warna rambut klien bersih/tidak, ada ketombe/tidak, rontok/ tidak (Manuaba, 2009).

(2) Muka

Untuk mengetahui keadaan muka pucat atau tidak, ada oedema dan cloasma gravidarum atau tidak (Prawihardjo, 2010).

(3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011). Spasme anterior, edema sekitar diskus optikus, ablasio retina (lepasnya retina) merupakan salah satu tanda gejala preeklamsia (Manuaba, 2010).

(4) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/ tidak (Varney, 2007).

(5) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011). Untuk mengetahui ada caries gigi atau tidak, lidah bersih atau kotor, ada stomatitis atau tidak (Nurhidayah, 2014).

(6) Telinga

Untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, tonjolan, lesi, warna, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, membrane timpani (Varney, 2007).

b) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010: 186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2010: 340).

c) Dada

(1) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney *et al*, 2007: 1050).

(2) Paru-paru

Untuk mengetahui kemungkinan penyakit paru, gagal jantung, gagal ginjal, hipoalbuminemia (Manuaba, 2007). Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhchi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Romauli, 2011: 174).

(3) Jantung

Jantung normal tidak berdetak cepat (Varney, 2007).

d) Abdomen

Untuk mengetahui ada bekas operasi/tidak, linea, striae/tidak (Nursalam, 2009). Proses pengamatan dilakukan untuk menilai pembesaran perut sesuai atau tidak dengan tuanya kehamilan, bentuk perut membesar ke depan atau ke samping, adakah kelainan pada perut, serta untuk menilai pergerakan anak (Alimul, 2008).

Pemeriksaan dengan indra peraba yaitu tangan, dilakukan untuk menentukan besarnya rahim dengan menentukan usia kehamilan serta menentukan letak anak dalam rahim. Pemeriksaan palpasi dilakukan dengan metode :

TFU : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan umur kehamilan.

Leopold I : untuk mengetahui TFU dan bagian apakah yang ada di fundus.

Leopold II : untuk mengetahui bagian punggung janin berada di sebelah kanan atau kiri.

Leopold III : untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin, bokong atau kepala.

Leopold IV : untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum.

TBJ : untuk mengetahui perkiraan berat janin. Dihitung dengan TFU bila kepala janin sudah masuk panggul dikurangi 11,

dan bila kepala jani belum masuk panggul dikurangi 12 dikali 155(Manuaba, 2008).

DJJ : Pemeriksaan dengan mendengar bunyi dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi detak jantung janin, bising tali pusat, bising rahim, serta bising usus (Alimul, 2008). Detak jantung janin : lokasi punctum maksimum, frekuensinya teratur atau tidak. Denyut jantung normal 120-160 x/menit, jika ditemukan DJJ dibawah 100 x/menit atau lebih dari 180 x/menit merupakan tanda-tanda yang perlu diwaspadai pada janin (Varney, 2007).

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 yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro, 2008: 39).

(b) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan

lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro, 2008: 79).

(c) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008: 99).

(d) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008: 99).

e) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro, 2008: 45).

f) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu (Wiknjosasto, 2008: 46).

g) Ekstremitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163). 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*, 2007: 693).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan dalam (VT)

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala 1 persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa. Dengan pemeriksaan dalam bisa juga diketahui effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge.

Menurut Wiknjosastro (2008:54-46) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

- (1) Memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

- (2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium :
 - (a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.
 - (b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.
 - (c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.
 - (d) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.
 - (e) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi tanda infeksi.
 - (f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.
- (3) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- (4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- (5) Memastikan tali pusat dan/ atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.
- (6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul. Menurut Sulistyawati (2010:96), bidang-bidang Hodge digunakan untuk menentukan sampai dimana bagian-bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang Hodge tersebut antara lain

- (a) Hodge I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promotrium
- (b) Hodge II : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi bawah simfisis
- (c) Hodge III : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi spina ischiadika
- (d) Hodge IV : Bidang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis

Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

- b) Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah diperiksa untuk mengetahui golongan darah, kadar darah, kadar haemoglobin (Hb) dan kadar pembekuan darah.
- c) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostik dengan menggunakan gelombang ultrasonik untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari gelombang ultrasonic yang dipantulkan oleh organ (Prawiroharjo, 2009).

2. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa : G..P_{APIAH} UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

- a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney *et al*, 2007:718-719).
- b. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjastro, 2008:40).
- c. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - 1) Kekurangan cairan (Wiknjastro, 2008:93)
 - 2) Infeksi (Wiknjastro, 2008:93)
 - 3) Kram Tungkai (Varney *et al*, 2007:722)

Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
- d. P_{APIAH} Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjastro (2008:118):
 - 1) Retensio plasenta
 - 2) Avulsi tali pusat
 - 3) Plasenta yang tertahan.
- e. P_{APIAH} Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjastro (2008 : 118)
 - 1) Atonia uteri
 - 2) Robekan vagina, perineum atau serviks
 - 3) Subinvolutio sehubungan dengan kandung kemih penuh

3. Perencanaan

- a. Diagnosa

G_{≥1}P₀> UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H_{I-IV}, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala satu fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

b. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan.

c. Kriteria

1) KU baik, kesadaran komposmetis

2) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37°C

N : 80-100x/menit

R : 16-24x/menit

3) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

4) Kala I pada primigravida <13 jam, pada multigravida <7 jam

5) Kala II pada primigravida <2 jam, pada multigravida <1 jam

6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif

7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.

Plasenta ahir spontan, lengkap

8) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan <500 cc.

4. Intervensi

2) Kala 1

a) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.

R/ Wanita yang melakukan persiapan dalam menghadapi kelahiran memiliki pengetahuan tentang proses persalinan. Meredianasanya menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Wiknjosastri, 2008; 57).

b) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his. Teknik relaksasi yaitu dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya dari mulut setelah masing-masing kontraksi.

R/ Teknik ini berfungsi ganda, tidak hanya meningkatkan relaksasi, tetapi juga berfungsi membersihkan jalan nafas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi.

c) Observasi sesuai partograf yaitu HIS, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan tanda-tanda vital ibu (terlampir).

R/ Partograf bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam, mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama (Wiknjosastri, 2008; 57).

d) Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak berbaring terlentang.

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta dll) menekan vena cava inferioribu. Hal ini akan mengurangi pasokan O₂ melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan

menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif

e) Beri asupan nutrisi pada ibu dan memberi ibu makan dan minum.

R/ Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

f) Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa.

R/ Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala janin. Selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca salin (Wiknjosastro, 2008; 55).

g) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.

R/ Menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat wanita.

h) Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering.

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi.

i) Gunakan tehnik sentuhan fisik.

R/ Sentuhan yang diberikan pada wanita (pada tungkai, kepala, lengan) tanpa tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, memberi

kenyaman dan pengertian serta dapat menetralkan, menenangkan, menghilangkan kesepian, dan sebagainya.

j) Berikan usapan pada punggung maupun abdomen.

R/ Usapan pada punggung dengan memberikan tekanan eksternal pada tulang belakang menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. Usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita.

k) Lakukan pemeriksaan dalam atas indikasi.

R/ Mengetahui kemajuan pembukaan servis, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf (Handayani, 2010; 37).

3) Kala II

(1)Memastikan tanda dan gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka)

R/ Gejala dan tanda kala dua merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai (Wiknjosastro, 2008; 82).

(2)Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan

resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka

(3) Pakai celemek plastic

R/ Celemek merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit).

(4) Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling untung mencegah kontaminasi silang (Saifudin, 2006; U-14).

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin patogen yang menular melalui darah.

(6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang bersarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

R/ Semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.

(7) Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

R/ Membersihkan vulva dan perineum dengan air DTT digunakan sebagai pencegahan infeksi dan menjaga kebersihan ibu.

(8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

R/ Mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf.

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit, kemudian cuci tangan.

R/ Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan keterampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi.

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

R/ mendeteksi bradikardi janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta yang disebabkan oleh anestesia, atau posisi yang tidak tepat

(11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan

mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Wiknjosastro, 2008; 87).

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

R/ Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa aman nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya (Wiknjosastro, 2008; 84).

(13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ada dorongan kuat untuk meneran.

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernapas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta (Wiknjosastro, 2008; 81).

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

R/ Posisi jongkok dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan kala dua dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayat, 2010; 82).

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

R/ Handuk pada perut ibu digunakan untuk persiapan mengeringkan bayi baru lahir.

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

R/ Kain kering yang dilipat 1/3 bagian dipersiapkan mengusap muka bayi setelah lahirnya kepala

(17) Buka partus set dan cek kelengkapan alat dan bahan.

R/ Ketidaklengkapan alat, bahan dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa.

(18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin atau patogen yang menular melalui darah.

(19) Setelah tampak kepala bayidengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi 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/ Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati- dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan)pada vagina dan perineum.

(20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran.

R/ Perasat ini dilakukan untuk mengetahui apakah tali pusat berada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat tersebut sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut.

(21) Tunggu hingga kepala janin selesai melahirkan putaran paksi luar secara spontan.

R/ Pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu berotasi internal kearah diameter anteroposterior pintu bawah panggul.

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

R/ Penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi dibawah mandibula tau sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi. Kelahiran bahu dan badan bayi dengan gerakan kearah atas dan luar secara biparietal merupakan mekanisme persalinan yang disebut kelahiran bahu dan tubu dengan fleksi lateral melalui kurva carus.

(23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku dan tangan bahu belakang saat bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum.

(24) 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 dan ibu jari dan jari lainnya).

R/ tindakan ini memungkinkan menahan bayi sehingga dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangn jari-jari.

(25) Lakukan penilaian bayi baru lahir.

R/ Proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali. Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi (Wiknjosastro, 2008; 152).

(26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk dengan handuk atau kain yang kering, biarkan bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera

dikeringkan atau diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat

R/ Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu untuk segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi dimeja atau tempat tidur di area antara kaki ibu.

(27)Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (janin tunggal)

R/ Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurun pasokan oksigen kepada bayi. Jangan menekan kuat korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta

(28)Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

R/ Dengan dilakukan penjelasan, pasien akan lebih tenang dan tidak cemas atas tindakan yang dilakukan.

4) Kala III

(1)Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 U secara IM di 1/3 paha atas bagian distal laherl (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.

- (2) Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat untuk mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

- (3) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi

- (4) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu kekulit bayi.

R/ Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi dimeja atau tempat tidur si area antara kaki ibu.

- (5) Selimuti dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

R/ Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

- (6) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva kan mencegah avulsi

- (7) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

R/ Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami perubahan bentuk, dan tinggi, fundus berada diatas pusat, dan tali pusat memanjang (Wiknjosastro, 2008; 101).

- (8) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat dapat mencegah inversio uteri

- (9) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu menran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

R/ Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu .

- (10) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil dan kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

R/ Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir

(11) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

R/ Tindakan masase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri

(12) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

R/ Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosis normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat; untuk skrining kondisi yang tidak normal dan untuk memastikan apakah plasenta dan membran telah dilahirkan seluruhnya (Varney, et al, 2007; 162).

(13) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan pada laserasi menyebabkan perdarahan.

R/ Penjahitan digunakan untuk mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah (Hidayat, 2011; 99).

(14) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginan.

R/ jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta

(15) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

R/ meningkatkan hubungan bayi dan ibu

(16) Setelah 1 jam lakukan penimbangan atau pengukuran bayi beri salep mata dan vit k1, 1 mg IM dipaha kiri anterolateral

R/ agar bayi tidak terinfeksi

(17) Setelah satu jam pemberian vitamin K, berikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan.

R/ vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskuler dapat mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Imunisasi Hepatitis B dapat mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (Wiknjastro, 2008; 140).

(18) Lanjutkan pemantauan kondisi dan menegah perdarahan pervaginam

R/ atonia utero terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri.

(19) Ajarkan Ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

R/ jika ibu dan keluarga mengetahui cara melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi maka ibu dan keluarga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.

(20) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu

(21) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca salin dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca salin.

R/ kandung kemih yang penuh bisa mengganggu kontraksi uterus.

(22) Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi selama 5 menit. Pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-35,5°C).

R/ mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi

(23) Tempatnya semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dikontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.

R/ mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan darah atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan (Wiknjosastro, 2008; 17).

(24) Buang bahan yang berkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

R/ sebagian besar limbah persalinan dan kelahiran bayi adalah sampah berkontaminasi jika tidak dikelola dengan benar, sampah berkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat

- (25) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lender dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

R/ kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi (Varney, *et al*, 2007; 719).

- (26) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

R/ pemberian ASI secara dini bila merangsang produksi ASI,memperkuat reflek menghisap bayi. Reflek menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir.

- (27) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus

- (28) Celupkan kain tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus

- (29) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2006; U-14).

(30) Lengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

R/ tekanan darah, nadi, respirasi harus stabil seperti pada tahap sebelum bersalin selama 1 jam paska salin. Monitor tekanan darah dan nadi penting selama IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah (Hidayat, 2011; 94-95).

5) Masalah kala 1:

a) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjastro (2008; 248)

(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/ Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan.

R/ Ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Nyeri

Tujuan : Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria :

(1) Nyeri punggung berkurang

(2) Ibu tidak merasa cemas

(3) Ibu merasa tenang

Intervensi:

(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 bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

(3) Berikan usapan punggung.

R/ Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

(4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/ Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

(5) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/ Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

6) Masalah Kala II

a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008; 116)

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

(1) Nadi 76-100 x/menit

(2) Urin jernih, produksi urin 30cc/jam

Intervensi menurut (Wiknjosastro, 2008; 116):

(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 yang mempunyai kemampuan penyalahgunaan darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

b) Infeksi (Wiknjosastro, 2008; 119)

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria :

- (1) Nadi dalam batas normal (76-100x/menit)
- (2) Suhu 36-37,5°C
- (3) KU baik
- (4) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008; 119)

(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 amoxilin 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 pentalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/ Infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

c) Kram Tungkai

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : Sirkulasi darah lancar.

Intervensi (Varney, 2007; 722):

(1) Luruskan tungkai ibu

R/ Meluruskan tungkai ibu dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas darah.

(2) Atur posisi dorsofleksi

R/ Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

(3) Jangan melakukan pemijatan pada tungkai

R/ Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

7) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan.

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik.

Kriteria :

- a) Bayi menangis kuat
- b) Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan :

a) Observasi tanda-tanda vital bayi.

R/ Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

b) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat.

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

c) Bounding attachment dan lakukan IMD.

R/ Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stres sehingga ibu dapat merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir.

IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

d) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5mg.

R/ Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

e) Berikan salep mata.

R/ salep mata sebagai profilaksis.

8) Masalah kala III:

a) Retensi plasenta (Wiknjosastro, 2008; 114)

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap.

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008; 114)

(1) Plasenta masih didalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan

(5) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah di rujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Tidak terjadi avulsi

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 periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

(3) Setelah plasenta, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.

(4) Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensi plasenta.

9) Masalah kala IV :

a) Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

(1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

(2) Perdarahan <500cc.

Intervensi menurut Wiknjastro (2008; 121)

(1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBE) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan keluar.

(2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE). Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rektal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500cc larutan RL 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 dan serviks.

Tujuan : Robekan vagina perineum atau serviks dapat terjahit.

Kriteria :

- (1) Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahir dengan baik
- (2) Perdarahan <500cc

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 menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.
 - (b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

(c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

5. 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, 2007). Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien
- e. Menjaga privasi klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

6. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2008). 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 rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/ pasien.

7. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2010: 205).

2) Keluhan utama

Keluan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010). Terjadi seborrhea, milliarasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012; 76).

3) Riwayat Antenatal

Pemeriksaan antenatal dilakukan setiap 4 minggu sampai kehamilan 28 minggu. Selanjutnya pemeriksaan dilakukan setiap 2 minggu sampai usia 36 minggu dan sesudah 36 minggu setiap minggu (Wiknjosastro, 2005:156). Menurut Saifuddin (2012:100) kehamilan cukup bulan ialah usia 37-40 minggu. Untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum dianjurkan untuk diberikan toxoid tetanus pada ibu hamil (Wiknjosastro, 2005:162)

4) Riwayat natal

Usia kehamilan aterm (37-40 minggu) Kala I berlangsung 12 jam pada primigravida kemudian pada multigravida berlangsung 8 jam (Manuaba, 2010:37) Kala II pada primigravida berlangsung 2 jam sedangkan pada multi 1 jam (Mochtar, 2015,72). Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, gerak aktif dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) dengan umur kehamilan 37-42 minggu, mempunyai APGAR skor 8-10 (Manuaba, 2010: 249). Setelah bayi lahir dilakukan IMD dengan kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 1 jam (Wiknjosastro, 2014:126).

5) 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 (Walsh, 2012; 368). 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*, 2007; 917).

6) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Untuk peningkatan kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada

Tabel 2.13
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, ,2012: 380

Menurut Walsh (2012:375) bayi menyusu setiap 1-8 jam. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari 3-7 setelah kelahiran

b) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2012: 314). Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser and Cooper, 2009: 711). BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8 sampai 10 kali atau popok kotor per hari (Walsh, 2012: 378).

c) Istirahat

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2012: 378).

d) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012; 378).

e) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu (Walsh, 2012:377). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009:370)

7) Riwayat Psikososial dan Budaya

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum dan kesadaran

Untuk mengetahui keadaan umum bayi meliputi tingkat kesadaran (sadar penuh, apatis, gelisah, koma) gerakan yang ekstrem dan ketegangan otot.

b) Tanda-tanda vital

(1) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2009: 138). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5°C (Varney *et al*, 2007: 882).

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu 36,5°C-37,5°C) (Walsh, 2012: 369).

Suhu aksila 36,5°C-37°C sedangkan suhu kulit 36°C-36,5°C (Fraser dan Cooper, 2009: 710).

(2) Pernapasan

Pernapasan cepat pada menit pertama ±80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjastro, 2005:255). Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi. Gerak pernapasan 30-50 kali per menit (Saifuddin, 2012:138).

(3) Nadi

Bunyi jantung pada menit-menit pertama kira-kira 180 kali/menit yang kemudian turun sampai 120-140kali/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjastro, 2009:255)

c) Pemeriksaan antropometri

Menurut Dewi 2010 meliputi:

(1) Lingkar kepala: untuk mengetahui pertumbuhan otak (normal 30-38cm).

Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2009: 119) meliputi:

- (a) Diameter suboksipito- : 9,5-10 cm
bregmatikus
- (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- : 33-34 cm
bregmatika
- (h) Sirkumferensia submento- : 32-33 cm
bregmatikus
- (i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- (j) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

(2) Lingkar dada: untuk mengetahui keterlambatan pertumbuhan (normal 33-35cm).

(3) Panjang badan : normal (48-50cm).

(4) Berat badan: normal (2500-4000gr)

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematome, hidrosepalus.

Tabel 2.14
Perbedaan antara caput succedenum dan cephal hematoma

Kaput succedenum	Sefalhematoma
(1) Muncul pada saat lahir	(1) Muncul beberapa jam setelah lahir
(2) Tidak bertambah besar	(2) Lebih besar hari ke-2

(3) Hilang dalam beberapa hari (4) Batas tidak jelas (5) Kadang-kadang melewati sutura (6) Penyebab: bengkak melewati jaringan lunak (7) Komplikasi: tidak ada	atau ke-3 (3) Hilang setelah 6 minggu (4) Batas tegas (5) Tidak pernah lewat sutura (6) Penyebab : perdarahan subperiosteal (7) Komplikasi: ikterus, fraktur, perdarahan intrakranial, syok.
--	---

Sumber: (Maryunani, 2008)

(1) Rambut

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser dan Cooper, 2009: 709). Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser dan Cooper, 2009: 712).

Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012: 221-223).

(2) Muka

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robi. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresis dan fasialisis (Marmi, 2014).

(3) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleks merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brushfield, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012: 370).

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2009: 137).

(4) Hidung

Adakah nafas cuping, kotoran yang menyumbat jalan nafas.pada kasusafiksia ringan ada pernapasan cuping hidung.(Dewi, 2010)

(5) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009; 137).

(6) Telinga

periksa hubungan letak dengan mata dan kepala (Indrayani dkk, 2013). Telinga harus menepel pada titik garis horizontal dan kantung luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran

harus baik. Bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian ke arah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007).

b) Leher

Periksa adanya pembesaran (Indrayani dkk, 2013). Simetris, tidak teraba masa dan pembesaran tiroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007). Leher bayi biasanya pendek dan harus diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakialis (Marmi, 2014).

c) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012: 58).

Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Fraser dan Cooper, 2009: 710).

d) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009: 137).

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 dan Cooper, 2009: 715).

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis (Walsh, 2007: 373).

Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi, 2012: 215).

e) Abdomen

Palpasi perut apakah ada kelainan dan keadaan tali pusat (Indrayani dkk, 2013). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan. Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat herniadiafragmatika. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya, jika perut kembung kemungkinan adanya eterokolitis fesekalis, omfalokel atau ductus omfalokentrikus pasisten (Marmi, 2014).

f) Genetalia

Pada laki-laki testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012: N-34). Pada perempuan labia mayora menutupi labia minora (Saifuddin, 2012: N-34) pada bayi premature ada laki-laki testis belum turun dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012: N-34).

g) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluarkemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megakolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012 : 59).

h) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2012: 371-372).

3) Pemeriksaan Reflek

Menurut Hidayat (2008) reflek pada bayi baru lahir, antara lain sebagai berikut:

- a) Reflek *morro* yaitu refleks yang timbul diluar kemauan atau kesadaran bayi. dapat dilakukan dengan cara memukul meja pemeriksaan di dekat kepala bayi.
- b) Reflek *babynsky* dapat dilakukan dengan cara menggores telapak kaki sepanjang tepi luar.

- c) Reflek *tonick neck* yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal dapat dilakukan dengan memutar kepala bayi ke salah satu sisi dengan cepat.
- d) Reflek *rooting* yaitu mencari puting susu dengan rangsang taktil pada pipi dan daerah mulut.
- e) Refleksi *sucking* yaitu reflek menghisap areola puting susu tertekan dagu bayi, lidah dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI.
- f) *Swallowing* refleksi; yaitu refleksi menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.
- g) *Grasping* refleksi; bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi, maka jari-jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat.
- h) *Stapping* refleksi; reflek kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada satu dasar maka bayi seolah-olah berjalan.
- i) Refleksi Berkedip (*glabellar reflex*) yaitu Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012 : 70).
- j) Refleksi *galands* yaitu cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai

pada 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008 : 70).

4) Pemeriksaan Penunjang

Untuk menunjang diagnosis penyakit guna mendukung atau menyingkirkan diagnosis lainnya (Nurmalasari,2010).

2. 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; 68).

3. Perencanaan

a. Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012 : 207-229).

Kriteria:

1) Keadaan umum baik

S : 36,5-37,5 °C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

2) Bayi menyusu kuat

3) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

4. Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012) adalah:

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi
(Wiknjosastro, 2008).
- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua
R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.
- 3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.
R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney, *et al*, 2007).
- 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.
- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusukurang 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
(Wiknjosastro, 2008).

b. Masalah

1) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria : Kadar glukosa dalam darah ≥ 45 mg/dL dan tidak

ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi :

a) 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.

b) 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.

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

e) 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 : Suhu bayi 36^5 - 37^{50} C dan tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2006).

Intervensi :

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 fisiologis

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria : Kadar bilirubin serum $\leq 12,9$ mg/dL dan tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urin.

Intervensi :

a) 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.

b) 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 (kern ikterus).

c) 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, 2007).

d) 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 : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng

berwarna kuning di kulit kepala dan kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Marmi (2012):

a) 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

b) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

c) 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.

d) 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):

a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

d) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat.

e) 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 : Tidak muntah dan gumoh setelah minum serta 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.

7) 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 trush.

b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ Mematikan kuman dengan suhu tertentu.

c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ Mencegah timbulnya oral trush.

8) Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

Intervensi menurut Marmi (2012):

a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi.

b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya *diaper rash*.

c) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko- sosial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga *privacy* klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.

- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

6. 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.

7. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

1. Pengkajian

Berdasarkan Simatupang (2008) Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap (Nurhidayah 2014).

a. Data Subyektif

1) Biodata

Data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap situasi dan kejadian (Nusalam, 2009). Identitas pasien menurut Diah (2008) adalah:

a) Nama

Dinyatakan dengan tujuan agar dapat mengenal pasien dan tidak keliru dengan nama pasien lain.

b) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya risiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentah sekali untuk terjadi perdarahan dalam masa nifas.

c) Agama

Agama melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran.

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga konseling bidan sesuai dengan pendidikannya (Ratna, 2008: 55).

e) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat menyebabkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknis laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:179).

f) Alamat

Untuk mengetahui dimana lingkungan tempat tinggalnya dan untuk mempermudah bila sewaktu-waktu diperlukan.

2) Keluhan utama

Menurut (Varney at al, 2007; 974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

a) *After pain*

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) 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 (Varney et al, 2007; 976)

c) 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 menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi taramatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan. (Varney, 2008; 977).

3) Riwayat menstruasi

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat inndividu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum mendapat menstruasi, dapat bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010: 203).

4) Riwayat obstetri

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

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 masa nifas saat ini.

5) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi sserta rencana KB setelah masa nifas dan beralih ke kontrasepsi apa.

6) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

a) 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).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010: 336).

c) Sifilis

Sifilis merupakan penyakit yang disebabkan oleh spirokaeta *Treponema pallidum* yang ditularkan melalui kontak langsung dengan lesi basah yang infeksius. Sifilis kongenital terjadi pada janin atau bayi baru lahir yang ibunya menderita sifilis yang tidak diobati (Benson *et al*, 2013: 337).

d) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O₂ dan CO₂ (Manuaba, 2010: 336).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2010: 337) :

(1) 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.

(2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(3) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

(4) Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser dan Cooper, 2009: 629).

7) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

8) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009: 128).

Tabel 2.15

Contoh menu makan ibu nifas

Kebutuhan makan ibu menyusui dalam sehari

Bahan makanan	Ibu menyusui bayi/ anak		
	Bayi umur 0-6 bulan	Bayi umur 7-12 bulan	Bayi umur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4 ½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Manuaba, 2008)

b) Eliminasi

Segera setelah paska salin kandung kemih, odema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap dan resiko urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama paska salin, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Dieresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima paska salin (Varney, 2008:961).

c) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan tidur misalnya membaca, mendengarkan musik, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang. Istirahat sangat penting bagi ibu nifas karena dengan istirahat yang cukup dapat mempercepat penyembuhan.

d) 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, 2009: 127).

e) Personal Hygiene

Data yang perlu dikaji meliputi bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2012:127)

Penggunaan pakaian agak longgar terutama didaerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu ditekan karena tidak mempengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lokia tidak memberikan iritasi pada sekitarnya (Manuaba, 2010:202).

f) Hubungan seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti ibu dapat memasukan satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai hubungan suami istri (Saifuddin, 2009: 128).

g) Pola kebiasaan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010: 122).

9) Riwayat Psikososial dan Budaya

Kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur, penggunaan bebat perut dan penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama) untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri. Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin dan bayi untuk menyusui.

Menurut Saifuddin (2009; 130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.
- b) Penggunaan bebat perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.

- e) 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.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2010; 201).
- g) Kebiasaan membuang susu jolong.
- h) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan tingkat kesadaran ibu, sedang atau baik (Nursalam, 2008).

b) Kesadaran

Untuk melihat tingkat kesadaran ibu meliputi composmentis, samnolen, apatis, delirium (Saifuddin, 2007).

c) Tanda-tanda vital

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2008:961)

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama paska salin. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi paska salin lambat (Varney, 2008:961)

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh tetapi lebih dari 38°C. bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari yaitu ke 1-2 paska salin, kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201).

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2008:961).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2012).

(1) Muka

Pada daerah muka di lihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis).Apakah terdapat odema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani,dkk, 2011).

(2) Mata

Untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata, teknik yang di gunakan inspeksi dan palpasi, mata yang diperiksa simetris apa tidak, kelopak mata, konjungtiva, sklera.

(3) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gisi, gusi berdarah atau tidak (Sulistiyawati, 2012).

b) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011: 174).

c) Dada

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009; 124).

Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney et al, 2007; 969).

Apakah simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada benjolan atau tidak. Hal ini untuk mengetahui apakah ada tumor atau kanker.

d) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2009: 124).

Menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007: 1064), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa 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.

(2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan

sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

(a) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.

(b) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.

(c) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

(d) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.

(e) Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel

terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.

(f) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

(g) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.

(h) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan ke sisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasyarat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

(i) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.

(j) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot

relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut : diastasis = 2/5 jari. Rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

(4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*). Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

e) Genetalia

Mengkaji seperti apakah ada masalah dalam buang air kecil, adanya luka, bengkak maupun nyeri pada genetalia (Tambunan dkk, 2011).

f) Anus

Untuk mengetahui ada hemoroid atau tidak

g) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010: 418).

3) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan

jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr%
(Manuaba, 2010: 239).

2. Diagnosa kebidanan

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Marmi, 2012; 183). P_{APIAH}, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara (Varney at al, 2007; 974).

3. Perencanaan

Diagnosa : P_{APIAH}, post partum hari ke, laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

- a) Keadaan umum : kesadaran komposmetis (Manuaba, 2010; 114).
- 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

d) Laktasi normal

Menurut Marmi (2015; 32) ASI dibedakan menjadi 3 stadium:

- (1) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi 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 anti bodi yang tinggi.
- (2) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- (3) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

4. Intervensi

- a) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi

- b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2010; 377).

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 (Mochtar, 2012; 89)

e) Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

Masalah :

a) Konstipasi

Tujuan : Masalah eliminasi BAB teratasi tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012; 88), antara lain :

(1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAB jika terasa.

(2) 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.

(3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ Membantu memperlancar eliminasi BAB.

b) Miksi

Tujuan : Masalah eliminasi BAK teratasi tidak terjadi retensio
urine

Kriteria : Ibu bisa BAK dengan lancar

Intervensi menurut Purwanti (2012; 89)

(1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK jika terasa

(2) Jelaskan pada ibu bahwa dengan BAK tidak mempengaruhi luka jahitannya.

R/ Mengurangi ketakutan pada ibu.

c) 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 Bahiyatun (2009; 122), sebagai berikut:

(1) Observasi luka jahitan

R/ mengkaji jahitan perineum

(2) Letakkan kntong es di daerah genital ± 20 menit dan lakukan 2 atau 3 kali sehari

R/ Untuk mengurangi rasa nyeri

(3) Lakukan latihan Kegel

R/ Untuk meningkatkan sirkulasi di daerah tersebut dan membantu memulihkan tonus otot

(4) Berikan parasetamol/asetaminofen bila perlu untuk mengurangi nyeri

R/ analgesik berfungsi untuk mengurangi nyeri.

d) *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Bahiyatun (2009; 123-124), antara lain:

(1) 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*.

(2) Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

(3) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

e) 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 Bahiyatun (2009; 124), antara lain:

- (1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali
R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.
- (2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara
R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.
- (3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.
R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.
- (4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.
R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.
- (5) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.
R /Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.
- (6) Berikan terapi parasetamol/asetaminofen.
R/ Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri.

f) Bendungan ASI

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah Bendungan ASI

teratasi

Kriteria : payudara terasa panas, dan nyeri pada saat menyusui

Intervensi menurut Saifudin, (2009; 644), antara lain:

(1) Anjurkan untuk menyusui sesering mungkin

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

(2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

(3) Anjurkan mengompres hangat payudara sebelum disusukan

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

(4) Ajarkan ibu cara menyusui bayinya dengan benar

R/ cara menyusui yang benar dapat mengurangi terjadinya bendungan asi karena asi yang diproduksi dihisap secara sempurna oleh bayi

(5) Anjurkan menggunakan BH yang menopang payudara

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah bendungan dan nyeri yang dialami.

5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- d. Melibatkan klien/pasien.
- e. Menjaga privacy klien/pasien.
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- i. Melakukan tindakan sesuai standar.
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

6. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

7. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Akseptor KB

1. Pengkajian

a. Data Subyektif

1) Biodata

a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2010; 131)

b) 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 (Saifudin, 2012:U-9).

c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012:592).

d) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Glasier, 2006:18).

e) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan
(Ambarwati, 2010 : 132).

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut (Saifudin, 2010:U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan usia 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat Menstruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus haid, lamanya, jumlah darah yang dikeluarkan dan pernahkah dismenorhoe. (Nursalam, 2008)

4) Riwayat obstetri

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012 : MK-68).

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012 : MK-4).

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2006).

6) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014).

Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

7) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).

b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*)

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin

8) Pola Kebiasaan Sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2010).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015).

c) Istirahat

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

d) Personal Hygiene

Dikaji karena kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha,2009).

e) Hubungan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

f) Pola kebiasaan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko dengan terjadinya miokardinfark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015). Ibu yang menggunakan obat Tuberculosis (*rimfapisin*) Atau obat untuk *epilepsy* (*fenitoin* dan *barbiturat*) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifudin, 2012).

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah 180/110 mmHg (Saifudin, 2012).

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Faser dan Cooper, 2009)

a) Pemeriksaan antropometri

Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2010).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2006).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Meliputi warna, mudah rontok atau tidak dan kebersihannya.

(1) Muka

Timbul birsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2006).

(2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010).

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia dalam pemeriksaan konjungtiva palpebral pucat (Saifuddin, 2010).

b) Dada

Kontrasepsi suntikan tidak menambah resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2010).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara. Terdapat benjolan/ kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan (Saifuddin, 2006).

c) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

d) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan pendarahan, pendarahan bercak dan amenorrhea (Hartanto, 2015). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, pendarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan pendarahan hebat pada waktu haid (Saifudin, 2012:MK-75)

e) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan oleh Siswishanto (2004) sebagai berikut :

(1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

(2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

(a) Memastikan gerakan serviks bebas

- (b) Menentukan besar dan posisi uterus
- (c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- (d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa.

2. Diagnosa kebidanan

P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, Prognosa baik.

3. Perencanaan

a. Diagnosa : P_{APIAH} usia 15-49 tahun, anak terkecil usia tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik.
Prognosa baik.

Tujuan :

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang.

4. Intervensi

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).
R/ Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.
R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan
- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.
R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.
R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien
- 6) 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.
- 7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

b. Masalah I : *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Dyah dkk (2011) :

1) Pastikan hamil atau tidak, bila toidak hamil perlu tidakaan khusus.

R/ Jika pasien hamil berarti adalah kegagalan KB

2) Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik.

R/ mendapatkan pelayanan lebih.

3) Bila hamil, hentikan pil dan kehamilan dilanjutkan.

R/ minipil dapat menimbulkan kelainan jika dikonsumsi saat hamil.

4) Jangan memberikan obat-obat hormonal untuk menimbulkan haid. Kalaupun diberikan tidak aka nada gunaknya.

R/ Dengan memberikan obat hormonal dapat mempengaruhi proses menstruasi.

5) Bila klien tetap saja tidak menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode konstrasepsi lain.

R/ Memberikan kenyamanan pada klien.

c. Masalah II : 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 Saifuddin (2010):

1) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

d. Masalah III : kenaikan berat badan

Tujuan : berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut Dyah dkk (2011) antara lain:

1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.

R/ ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya.

2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi.

4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/ memberikan kenyamanan pada akseptor KB.

e. Masalah IV : Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak atau *spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010:47) adalah:

1) 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*.

2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

f. Masalah V : 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 Dyah (2010):

- 1) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada penggunaan AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama.

R/ proses pemasangan AKDR sedikit melukai porsi, apabila klien memiliki riwayat anemia maka dalam proses pembukaan darah akan sedikit sulit.

- 2) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan.

R/ mengetahui penyebab perdarahan.

- 3) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal antiinflamatori (NSAID), seperti ibuprofein) selama 5-7 hari.

R/ Pemberian NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan.

- 4) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR.

R/ Memberikan kenyamanan pada pengguna akseptor KB.

5. 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, 2007:6).

6. 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.

7. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/ kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.