

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP DASAR KEHAMILAN**

##### **2.1.1 PENGERTIAN KEHAMILAN**

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila di hitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan menurut kalender internasional (Kumalasari, 2015:1). Kehamilan adalah rangkaian peristiwa yang dapat terjadi bila ovum di buahi dan pembuahan ovum akhirnya berkembang sampai menjadi fetus yang aterm (Sukarni dkk, 2013:63 ).

Kehamilan dapat diartikan sebagai permulaan dari suatu kehidupan seseorang. Secara biologis suatu kehidupan dimulai pada masa konsepsi atau pembuahan, yaitu pada masa pembuahan telur oleh *spermatozoa*. Bila *spermatozoa* laki-laki memasuki dinding telur yang dengan kata lain disebut sebagai ovum pada wanita, maka terjadilah masa konsepsi tersebut (Margiantari dkk, 2010).

Kehamilan adalah kondisi yang rentan terhadap segala macam "stres", yang berakibat pada perubahan fungsi fisiologis dan metabolik. Pada kehamilan ada peningkatan permintaan energi dan oksigen. Sebagai tambahan, plasenta sebenarnya mengandung banyak

mitokondria yang meningkatkan metabolisme oksidatif untuk menghasilkan energi.

Proses metabolisme ini meningkatkan penggunaan oksigen dan bila oksigen yang tersedia tidak maksimal, hal itu dapat menyebabkan terbentuknya stres oksidatif dan radikal bebas yang berlebihan yang mempengaruhi kelangsungan kehamilan. (Wagey F. W, 2012).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah masa dimana harus ada proses pembuahan mulai dari spermatozoid, ovum, dan pembuahan ovum (konsepsi), kehamilan di mulai dari hari pertama haid terakhir sampai lahirnya janin dan plasenta kurang lebih 280 hari atau 40 minggu.

### **2.1.2 Proses Kehamilan**

#### **a. Spermatozoa (Sel Mani)**

Saat terjadi ejakulasi seorang laki-laki kurang lebih mengeluarkan 3cc sperma di keluarkan dari organ reproduksi pria kurang lebih 300 juta sperma. Ovum yang akan di keluarkan dari ovarium sebanyak satu di setiap bulannya, ditangkap oleh fimbriae dan berjalan menuju tuba fallopi, kadar estrogen yang tinggi mengakibatkan meningkatnya gerakan silia tuba untuk dapat menangkap ovum dan menggerakannya sepanjang tuba. (Kuswanti, 2014:61).

Semen atau air mani merupakan zat cair yang keluar dari saluran reproduksi pria saat terjadi kopulasi (hubungan seksual). Semen terdiri atas dua bagian yaitu, Sel spermatozoa dan cairan seminal plasma. Sel sperma manusia adalah sel sistem reproduksi yang yang utama dari laki-laki, yang dihasilkan oleh testis. Sel sperma inilah yang akan membuahi ovum untuk membentuk zigot. Sel sperma memiliki jenis kelamin laki-laki atau pun perempuan. Sperma yang berbentuk seperti kecebong yang memiliki , kepala, bentuk lonjong agak gepeng, yang berisi inti (nukleus) leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergetar sehingga sperma bergerak dengan cepat. Panjang ekor kira-kira 10 kali dari kepala.

Spermatogenesis merupakan proses pembentukan, pematangan dan pematangan sel-sel gamet sampai menjadi sel gamet (sel kelamin) yang siap berperan dalam proses reproduksi, spermatogenesis terjadi dalam tubuli seminiferi. Urutan pematangan sperma meliputi :

- 1) Spermatogonium, merupakan tahap pertama pada spermatogenesis yang di hasilkan oleh testis.
- 2) Spermatisit primer, merupakan mitosis dari spermatogonium pada tahap ini tidak terjadi pembelahan.
- 3) Spermatisit sekunder, merupakan miosis dari spermatisit primer. Pada tahap ini terjadi pembelahan secara meiosis.

- 4) Spermatid, merupakan meiosis dari spermatosid sekunder, pada tahap ini terjadi pembelahan secara meiosis yang kedua.
- 5) Spermatozoa (sperma) merupakan diferensiasi/pematangan secara dari spermatid, pada tahap ini terjadi diferensiasi.(Kuswanti. 2014:58).

b. Ovum

Ovum merupakan sel terbesar pada badan manusia. Setiap bulan satu ovum atau kadang-kadang lebih menjadi matur, dengan sebuah penjamu mengelilingi sel pendukung, proses pembentukan ovum disebut oogenesis, proses ini berlangsung di dalam ovarium (indung telur). Pembentukan ovum pada manusia di mulai sejak di dalam kandungan, yaitu di dalam ovarium fetus perempuan. Pada akhir bulan ketiga usia fetus, semua oogonia yang bersifat diploid telah selesai di bentuk dan siap memasuki tahap pembelahan.

semula oogonia mengalami pembelahan secara mitosis menghasilkan oosit primer. Semua oosit primer mengalami pembelahan secara meiosis tetapi hanya sampai fase profase. Pembelahan meiosis tersebut berhenti setelah bayi perempuan lahir. Ovarium mampu menghasilkan sekitar 2 juta oosit primer yang mengalami kematian setiap hari sampai masa pubertas.

Pada masa pubertas, oosit primer mengalami pembelahan hanya 1 meiosis yang menghasilkan 1 sel oosit sekunder yang

besar dan 1 sel badan kutub pertama (polar body primer) yang kecil.

c. Konsepsi

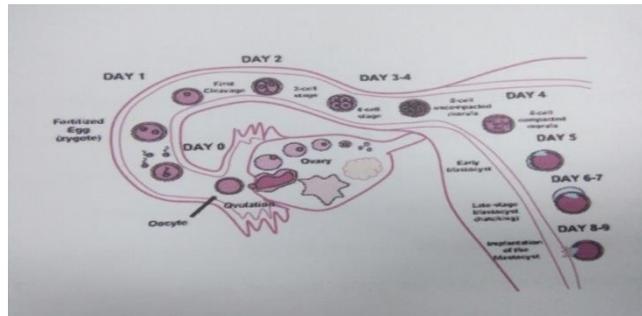
Pertemuan antara spermatozoa dan ovum untuk membentuk sebuah zigot. Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin mulai sejak konsepsi sampai permulaan persalinan (Dewi, 2011:59).

Setiap bulan seorang wanita melepaskan satu sampai dua sel telur dari indung telur (ovulasi) yang di tangkap oleh umbai-umbai (fimbriae) dan masuk ke dalam sel telur.

d. Nidasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi kedalam endometrium. Blastula di selubungi oleh suatu simpai yang di sebut tropoblast, yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam masa sekresi, jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang mengandung banyak glikogen,serta mudah di hancurkan oleh tropoblast. Blastula sebagian yang berisi massa sel dalam ( inner cell mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi.

( Dewi, 2011:63).



Gambar : 2.1  
Nidasi atau implantasi  
Sumber :Manuaba, 2010 : 115

#### e. Pembentukan plasenta

Plasenta merupakan alat yang sangat penting bagi janin karena merupakan alat yang pertukaran zat antara ibu dan bayinya serta sebaliknya. Plasenta berbentuk bundar atau agak bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal kurang lebih 2,5 cm. Berat rata-rata 500 gram.

Umumnya plasenta berbentuk lengkap pada kehamilan kurang lebih 16 minggu dengan ruang amnion telah mengisi seluruh kavum uteri. Letak plasenta umumnya berada di depan/belakang dinding uterus, agak ke atas kearah fundus uteri. Karena permukaan karpus uteri lebih luas, sehingga lebih banyak tempat untuk berimplantasi. Uri terdiri atas 2 bagian yaitu :

##### 1) Bagian janin (fetal portion)

Bagian janin terdiri dari korion frundusum dan villi. Dibagian ini terdapat insersio atau penanaman tali usat.

- a) Inersio sentralis, yaitu penanaman tali pusat di tengah plasenta
  - b) Inersio marginalis yaitu, penanaman tali pusat di pinggir plasenta.
  - c) Inersio velamentosa yaitu, penanaman tali pusat di selaput janin/selaput amnion.
- 2) Bagian maternal (maternal portion)

Terdiri atas desidua kompakta yang berbentuk dari beberapa lobus dan kotiledon (15-20 buah). Desidua basalis pada uri matang disebut lempeng korionik (basal), dimana sirkulasi uterino plasenta berjalan ke ruang-ruang intervili melalui tali pusat.

a) Fungsi plasenta

- (1) Nutisasi : Alat pemberi makanan pada janin
- (2) Respirasi : Alat penyalur zat asam dan pembuang CO<sub>2</sub>
- (3) Eksresi : Alat pengeluaran sampah metabolisme
- (4) Produksi : Alat yang menghasilkan hormon-hormon
- (5) Imunisasi : Alat penyalur macam-macam antibodi
- (6) Pertahanan (sawar) : Alat yang menyaring obat-obatan dan kuman-kuman bisa melewati uri (Kuswati,2014:70-72).

### 2.1.3 Pertumbuhan dan perkembangan janin

a. Perkembangan embrio

Embryogenesis (pertumbuhan mudigah) merupakan pertumbuhan embrio yang bermula dari lempengan 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 mudigah menjadi padat (body salk) yang merupakan jembatan di antara embrio dan dinding trofoblas yang kelak akan menjadi tali pusat.

#### b. Perkembangan Janin Dalam Uterus

##### 1) Trimester Pertama (minggu 0-12).

Dalam fase ini ada tiga periode penting pertumbuhan mulai dari periode germinal sampai periode terbentuknya janin.

##### a) Periode Germinal (minggu 0-3)

Proses pembuahan telur oleh sperma yang terjadi pada minggu ke-2 dari hari pertama menstruasi terakhir. Telur yang sudah di buahi sperma bergerak dari tuba fallopi dan menempel ke dinding uterus (endometrium).

Ovum, yang kini sudah berkembang menjadi blastosit, mencapai uterus sekitar hari ke-5 setelah fertilisasi. Di uterus, blastosit terletak dekat dengan endometrium selama 1-2 hari untuk memungkinkan trofoblas menyekresi enzim proteolitik yang memecah permukaan endometrium dengan cara mencerna dan mencairkan sel-sel endometrium uterus. Blastosit tertanam ke dala endometrium sehingga blastosit dapat dihidupi dan melanjutkan perkembangannya.

Penonjolan kecil seperti jari berkembang di sekitar keseluruhan blastosit dan trofoblas, membantu proses implantasi dan melekatkan blastosit dengan kuat ke dalam endometrium . tonjolan tersebut disebut vili korionik primitif. Beberapa vili korionik akan berkembang menjadi plasenta matur, dan sisanya akan atrofi dan menjadi membran korionik yang membatasi janin dengan uterus.

Implantasi plasenta sempurna normalnya pada hari ke-11, setelah fertilisasi. Begitu blastosit tertanam, endometrium disebut *desidua* . Desidua menjadi beberapa kali lebih tebal dibandingkan dengan endometrium tidak hamil, akibat peningkatan kadar hormon kehamilan dan desidua menghidupi ovum yang telah dibuahi selama kehamilan. (Kamariyah, N, dkk, 2014:21-22).



Gambar : 2.2  
Bagian tubuh embrio  
Sumber : Sulistyawati,2009:85

b) Periode Embrionik (minggu 3-8)

Proses dimana sistem saraf pusat, organ-organ utama dan struktur anatomi mulai terbentuk seperti mata, mulut, dan lidah, sedangkan hati mulai memproduksi sel darah. Janin mulai berubah dari blastosit menjadi embrio berukuran 1,3 cm dengan kepala yang besar.

Begitu blastosit tertanam dalam desidua, maka implantasi ini disebut sebagai embrio. Tahap embrio dimulai dari perkembangan masa sel sejak implantasi sampai minggu ke-8 kehamilan. Embrio berkembang sangat cepat. Tahap perkembangan embrio adalah pembentukan dua buah rongga tertutup yang saling berdekatan satu sama lain yaitu rongga amnion dan *yolk sac*. Bagian embrio yang terbentuk di antara kedua rongga ini disebut lempeng embrionik. Ada tiga lapisan sel yang berkembang pada lempeng embrionik

- (1) Lapisan yang terdekat dengan rongga amnion, disebut *ektoderm*, akan berkembang menjadi kulit dan sistem saraf pusat embrio.
- (2) Lapisan tengah, disebut *mesoderm*, akan berkembang menjadi tulang, otot, jantung, pembuluh darah, dan organ dalam seperti ginjal dan organ reproduksi.

- (3) Lapisan yang terdekat dengan *yolk sac* adalah *endoderm*. Endoderm akan berkembang menjadi organ-organ pencernaan, kelenjar, dan membran mukosa.



Gambar :2.3  
 Periode embrionik  
 Sumber : Sulistyawati,2009:72

Perkembangan cepat organ terjadi sampai pada minggu ke-8 kehamilan. Berikut tahap utama perkembangan embrio .

(a) Hari ke-13

Vili korionik mulai menyekresi *human chorionik gonadotropin* (hCG), yang merangsang korpus luteum di ovarium untuk terus memproduksi hormon yang diperlukan untuk mempertahankan kehamilan hingga plasenta cukup matur untuk mengambil alih peran ini.

(b) Hari ke-15

Tampak sebuah pita tebal sel muncul di garis tengah permukaan dorsal embrio. Pembuluh darah mulai terbentuk. Spesialisasi sel dimulai.

(c) Hari ke -18

Mulai terbentuk sistem saraf primitif. Jantung mulai berdenyut. Mata dan telinga primitif mulai berdefrensiasi. Sel adarah merah mulai terbentuk.

(d) Minggu ke-3 hingga ke-4

Jantung mulai memompa darah dan otak terbagi atas otak depan, otak tengah, otak belakang. Garis mata mulai tampak di atas mulut. Paru mulai terbentuk. Somit (bakal vertebra dan otot) tampak di samping garis tengah.

(e) Minggu ke-5

Pertumbuhan otak secara cepat berlanjut. Timbul tonjolan ekstremitas. Tali pusat terbentuk. Ruang jantung dipisahkan oleh septum.

(f) Minggu ke-6

Hati mulai berfungsi. Ginjal dan genitalia rudimenter terbentuk. Kartilago mulai membentuk kerangka tubuh. Deferensiasi otot dimulai.

(g) Minggu ke-7

Kelopak mata terbentuk., diikuti kantung empedu, palatum, dan lidah. Leher menjadi tampak jelas. Terbentuk diafragma yang memisahkan rongga toraks dan rongga abdomen. Sel tulang mulai menggantikan kartilago. Lengan dan tungkai mulai bergerak.

(h) Minggu ke-8

Tangan dan kaki sudah jelas terbentuk. Jantung terbagi atas empat ruang dan berdenyut dalam kecepatan 40-60 denyut/menit. Pembuluh darah utama terbentuk, dan sirkulasi mulai berjalan dari tali pusat.

Pada akhir minggu ke-8, semua sistem tubuh dan organ telah terbentuk, dan embrio sekarang disebut sebagai janin atau fetus. Selama 14 hari pertama setelah konsepsi, embrio terlindungi dari bahaya berka adanya zona pelusida. Setelah implantasi, embrio dapat terpajan oleh teratogen yang bersirkulasi dalam cairan tubuh ibu. Teratogen adalah setiap substansi, proses, atau agen apapun yang menghasilkan malformasi pada embrio atau janin. Teratogen dapat menimbulkan kerusakan struktural minor berupa abnormalitas fungsi organ ringan hingga berat seperti retardasi mental atau kebutaan. (Kamariyah, N, dkk 2014:22-23).

Uraian tentang pertumbuhan janin dapat di lihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1 :  
fungsi perkembangan organ janin

Umur	Pertumbuhan dan perkembangan
Minggu ke 4	Dari embrio, bagian tubuh janin pertama yang muncul adalah tulang belakang, otak dan syaraf,jantung,sirkulasi darah,dan pencernaan terbentuk.
Minggu ke 8	Perkembangan embrio lebih cepat, jantung mulai memompa darah.
Minggu ke 12	Embrio berubah menjadi janin,denyut jantung janin dapat dilihat dengan menggunakan pemeriksaan ultrasonografi (USG),berbentuk manusia,gerakan pertama di mulai,tetapi belum di rasakan oleh ibu,jenis kelamin sudah bisa di tentukan,ginjal sudah berbentuk urin.
Minggu ke 16	System musculoskeletal matang, sistem syaraf terkontrol,pembuluh darah berkembang cepat,denyut jantung janin dapat di lihat dengan menggunakan doppler, pankreas memproduksi insulin.
Minggu ke 20	Verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh, janin membentuk jadwal untuk tidur, menelan dan menendang.
Minggu ke 24	Kerangka berkembang cepat, perkembangan pernafasan di mulai.
Minggu ke 28	Janin bernafas,menelan, dan mengatur suhu,surfactant mulai di bentuk di paru-paru, mata mulai membuka dan menutup, bentuk janin 2/3 bentuknya saat tidur.
Minggu ke 32	Lemak coklat berkembang dibawah kulit, mulai simpan zat besi, kalsium dan fosfor.
Minggu ke 36	Seluruh uterus di gunakan oleh bayi,sehingga tidak bisa bergerak banyak, antibody ibu di transfer ke bayi untuk mencapai kekebalan untuk 6 bulan pertama sampai kekebalan bayi bekerja sendiri.

Sumber : Saifuddin,2009: 233.

### 2.1.4 Tanda-Tanda Kehamilan

Menurut Sari,dkk (2014:2-3)

#### 1. Tanda presumtif kehamilan

##### a. Amenorea (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel degraaf dan ovulasi.

##### b. Mual dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan asam lambung yang berlebihan, mual dan muntah terutama di pagi hari disebut morning sickness. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

##### c. Ngidam

Wanita hamil sering makan makanan tertentu, keinginan tersebut yang disebut ngidam.

##### d. Pingsan

Terjadi sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat menimbulkan sinkope (pingsan). Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

##### e. Payudara tegang

Pengaruh estrogen dan progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara besar dan tegang, ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f. Sering miksi (berkemih)

Desakan rahim kedepan mengakibatkan kandung kemih terasa penuh dan sering miksi.

g. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

h. Pigmentasi kulit

Keluarnya melafhore dan stimulating hormone dan pengaruh hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (cloasma gravidarum), pada dinding perut (striae lividae, striae nigrae, linea alba makin hitam), sekitar payudara (hyperpigmentation areola mammae), puting susu semakin menonjol, pembuluh darah menifes sekitar payudara.

i. Epulsi

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.

j. Varises

Pengaruh dari esterogen dan progesteron, terjadi penampakan terjadi pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah veana terjadi pada sekitar genetalia eksterna, kaki,dan batis,serta payudara. Penampakan bisa hilang setelah persalinan.

## 2. Tanda Pasti Kehamilan

### a. Denyut jantung janin (DJJ)

Dapat di dengar dengan menggunakan funduskup pada minggu ke 17-18. Dengan menggunakan doppler djj dapat di dengar lebih awal.

### b. Palpasi

Hal yang harus ditentukan adalah outline janin, gerakan janin dapat dirasakan dengan jelas minggu ke 24. (Kusmiyati, dkk, 2009).

### c. Tanda tidak pasti kehamilan

- 1) Rahim membesar sesuai tuanya kehamilan
- 2) Pada pemeriksaan dalam di jumpai tanda hegar, teraba ballottement
- 3) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif tetapi sebagai kemungkinan palsu.

## 2.1.5 Perubahan Fisiologis Kehamilan

### 1. Sistem Reproduksi

Menurut Dewi, (2011 : 89-90)

#### a. Uterus

##### 1) Ukuran

Untuk akomodasi pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kalogennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi

desidua. Ukuran pada kehamilan cukup bulan adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4.000 cc.

## 2) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu).

## 3) Bentuk dan konsistensi

Pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat. Pada kehamilan empat bulan berbentuk bulat, sedangkan pada akhir kehamilan berbentuk bujur telur.

Uluran rahim kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan dua bulan sebesar telur bebek, dan kehamilan tiga bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, istmus rahim hipertrofi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih panjang dan terasa lebih lunak (soft), keadaan ini disebut tanda Hegar. Pada kehamilan lima bulan, rahim teraba seperti cairan ketuban dan dinding rahim terasa tipis. Hal itu dikarenakan bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.

## 4) Vaskularisasi

Arterin uterin dan arteri ovarika bertambah dalam diameter panjang dan anak-anak cabangnya. Pembuluh darah balik (vena) mengembang dan bertambah.

## 5) Posisi rahim

a) Pada permulaan kehamilan, dalam letak antefleksi atau retrofleksi.

b) Pada empat bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis.

c) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarnya dapat mencapai batas hati

d) Rahim yang hamil biasanya mobilitasnya, lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri.

## 6) Gambaran besarnya rahim dan tuanyan kehamilan

(a) Pada kehamilan 16 minggu, kavum uteriseluruhnya diisi oleh amnion dimana desidua kapsularis dan desidua vera (parietalis) telah menjadi satu. Tinggi fundus uteri terletak antara pertengahan simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.

(b) Pada kehamilan 2 minggu, tinggi fundus uteri terletak 2-3 jari dibawah pusat.

(c) Pada kehamilan 24 minggu, tinggi fundus uteri terletak setinggi pusat.

(d) Pada kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri terletak 2-3 jari diatas pusat.

(e) Pada kehamilan 36 minggu, tinggi fundus uteri terletak 3 jari dibawah prosessus sifoideus.

Pada kehamilan 40 minggu, tinggi fundus uteri terletak sama dengan 8 bulan, tetapi melebar ke samping yaitu terletak diantara pertengahan pusat dan prosessus sifoideus.

b. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga di tunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal. Terjadinya kehamilan indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Saifuddin, 2010 : 146).

c. Vagina dan vulva

Pada kehamilan TM III kadang terjadi peningkatan rabas vagina. Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih. Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada saat mendekati persalinan cairan tersebut akan lebih cair (Hutahean, 2012:40)

d. Payudara

Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu ke-6 gestasi. Puting susu dan areola menjadi lebih berpigmen, terbentuk

warna merah muda sekunder , dan puting susu menjadi lebih erektil. Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah di bawah kulit berdilatasi. Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Kadar hormon luteal dan plasenta pada masa hamil meningkatkan proliferasi duktus laktiferus dan jaringan lobulus-alveolar sehingga pada palpasi payudara teraba penyebaran nodul kasar. Walaupun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap pada masa pertengahan kehamilan, tetapi laktasi terhambat sampai kadar estrogen menurun, yaitu setelah janin dan plasenta lahir. Kolostrum, cairan sebelum susu, berwarna putih kekuningan dapat dikeluarkan dari puting susu selama trimester ketiga (Kamariyah, 2014:31).

e. Sistem Kardiovaskular

- 1) Volume darah ibu meningkat sekitar 30-50% pada kehamilan kembar, biasanya karena adanya retensi garam dan air yang disebabkan sekresi aldosteron dari adrenal oleh estrogen. *Cardiac output* meningkat  $\pm 30\%$  pompa jantung meningkat 30 % setelah kehamilan tiga bulan dan kemudian melambat hingga umur kehamilan 32 minggu. Setelah itu volume darah menjadi relatif stabil.

2) Penekanan pada vena cava (aliran balik vena) dapat menyebabkan hipotensi arterial dan wanita dapat menjadi pingsan atau kehilangan kesadaran. Hal ini dapat diatasi dengan wanita tersebut berbaring miring atau duduk (Kumalasari, 2015:5)

f. Sistem Pernapasan

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O<sub>2</sub>. Disamping itu terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur hamil 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O<sub>2</sub> yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya (Prawirohardjo, 2008:9).

g. Sistem Perkemihan

Pada awal-awal kehamilan, kandung kencing tertekan sehingga sering timbul kencing. Keadaan ini akan hilang dengan tuanya kehamilan jika uterus gravidus keluar rongga panggul. Laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal meningkat pada kehamilan. Ginjal wanita harus mengakomodasi tuntutan metabolisme dan sirkulasi tubuh ibu yang meningkat dan juga mengekskresi produk sampah janin. Fungsi ginjal berubah karena adanya hormone kehamilan, peningkatan volume darah, postur wanita, aktivitas fisik dan asupan makanan. Sejak

minggu ke 10 gestasi, pelvik ginjal dan ureter berdilatasi. Ginjal pada saat hamil sedikit lebih besar. Lebih panjang dan volume meningkat. Adanya peningkatan glukosa juga akan mempermudah infeksi pada saluran perkemihan (Kuswanti, 2014:90.)

#### h. Sistem Integumen

Perubahan sistem integumen pada saat kehamilan adalah :

- 1) Perubahan integumen selama hamil disebabkan oleh perubahan keseimbangan hormon dan perenggangan mekanis.
- 2) Perubahan yang umum timbul : peningkatan ketebalan tubuh dan lemak subdermal, hiperpigmentasi, pertumbuhan rambut dan kuku.
- 3) Percepatan aktivitas kelenjar keringat, peningkatan sirkulasi dan vasomotor.
- 4) Jaringan elastik kulit mudah pecah, menyebabkan striae gravidarum dan respon alergi kulit meningkat.
- 5) Striae gravidarum atau tanda regangan terlihat dibawah perut disebabkan kerja adenokortikosteroid (Marmi, 2011:87).

#### i. Sistem Muskuloskeletal

- 1) Pembesaran payudara dan rotasi anterior panggul memungkinkan untuk terjadi lordosis.

- 2) Ibu sering mengalami nyeri di bagian punggung dan pinggang karena mempertahankan posisi stabil, beban meningkat pada otot punggung dan kolumna vertebrae.
- 3) Relaksasi dan hipermobilitas sendi pada masa hamil kembali stabil dan ukuran sama dengan sebelum hamil, kecuali pada kaki (*Hutahean, 2013:45*).

j. Sistem Neurologi

Perubahan fisiologis spesifik akibat kehamilan dapat menyebabkan timbulnya gejala neurologis dan neuromuskular berikut.

- 1) Kompresi saraf panggul atau stasis vaskular akibat pembesaran uterus dapat menyebabkan perubahan sensoris di tungkai bawah.
- 2) Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar saraf.
- 3) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan *carpal tunnel syndrome* selama trimester akhir kehamilan. Edema menekan saraf median di bawah ligamentum karpalis pergelangan tangan. Sindrom ini ditandai oleh parestesia dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku. Tangan yang dominan biasanya paling banyak terkena.
- 4) Akroestesia (rasa baal dan gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk dirasakan oleh

beberapa wanita selama hamil. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen pleksus brakhialis.

5) Nyeri kepala hebat ketegangan umum timbul saat ibu merasa cemas. Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsan (sinkop) sering terjadi pada awal kehamilan. Ketidakstabilan vasomotor, hiotensi postural, atau hipoglikemia mungkin merupakan keadaan yang bertanggung jawab atas gejala ini.

6) Hipokalsemia dapat menyebabkan timbulnya masalah neuromuskular seperti kram otot atau tetani. (Kamariyah, 2014:35)

#### k. Sistem Pencernaan

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, mengeluh mual dan muntah. Tonus-tonus otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, tetapi akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) sering terjadi, biasanya pada pagi hari (morning sickness) (Mochtar, 2015:31).

#### l. Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar  $\pm$  135%. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan

yang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kelahiran aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon paratiroid, vitamin D, dan kalsitonin. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada lainnya. Konsentrasi plasma hormon paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Aksi yang penting dari hormon paratiroid ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat. Selain itu, juga diketahui mempunyai peran dalam produksi peptida pada janin, plasenta, dan ibu. Pada saat hamil dan menyusui dianjurkan untuk mendapat asupan vitamin D  $10\mu\text{g}$  atau 400 IU.

Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon androstenedion, testosteron, dioksikortikosteron, aldosteron, dan kortisol akan meningkat. Sementara itu, dehidroepiandrosteron (Sarwono, 2008:186).

### 2.1.6 Perubahan Psikologis Kehamilan

Menurut Marmi (2012:95), trimester ketiga ini sering disebut periode penantian penuh dengan kewaspadaan. Ibu mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk terpisah, sehingga ia tidak sadar menantikan kelahiran bayinya. Hal ini membuat ibu berjaga-jaga dan menunggu gejala tanda persalinan. Sejumlah ketakutan muncul dalam trimester ini yaitu merasa cemas dengan kehidupan bayinya dan dirinya sendiri, seperti apakah bayinya nanti akan keluar abnormal, terkait dengan persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali dan hal-hal lain yang tidak diketahui) apakah ibu akan menyadari bahwa ia akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi.

Menurut Romaulli (2011:90), perubahan psikologis yang terjadi pada kehamilan trimester III adalah sebagai berikut :

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul saat melahirkan, khawatir kan keselamatannya.
4. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
5. Merasa sedih karena terpisah dengan bayinya.

6. Merasa kehilangan perhatian.
7. Perasaan mudah terluka (Sensitif).
8. Libido menurun.

### 2.1.7 Kebutuhan Dasar Fisiologis Kehamilan

#### a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang di kandung. Untuk mencegah memenuhi hal tersebut untuk kebutuhan oksigen maka ibu perlu :

1. Latihan nafas melalui senam hamil.
2. Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
3. Makan tidak terlalu banyak.
4. Kurangi atau hentikan merokok jik ibu merokok.
5. Konsul ke dokter jika ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.

Posisi miring kiri di anjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi feotoflasma dengan mengurangi tekanan pada vena asenden (hipotensi supin). (Kuswanti. 2014:117)

#### b. Nutrisi

Pada saat hamil ibu hamil harus banyak makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal.gizi pada waktu hamil harus di tingkatkan 300 kalori perhari, ibu hamil harus mengonsumsi makanan yang

mengandung, protein, zat besi, dan menu cukup cairan (menu seimbang).

#### 1) Kalori

Di Indonesia kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 kkal, sedang untuk orang hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300-2800 kkal, kalori digunakan untuk produksi energi. Bila kurang energi akan diambil dari pembakaran protein yang mestikan akan dipakai untuk pertumbuhan.

#### 2) Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu untuk ibu lebih penting untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin, dll). Wanita tidak hamil konsumsi protein yang ideal adalah 0,9 gram/kg BB/hari tetapi selama hamil dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan adalah protein hewani seperti daging, susu, telur, keju, dan ikan karena mereka mengandung komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produk susu disamping mengandung sebagai sumber protein adalah juga kaya dengan kalsium.

### 3) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat dipenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayuran dan susu. Hanya besi yang tidak dapat dipenuhi dengan makan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferrous, ferofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang edikit anemic di butuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu.

### 4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

Ibu hamil yang kekurangan nutrisi akan menyebabkan anemia, abortus, perdarahan pasca persalinan, dll. Sedangkan makanan berlebihan dapat mengakibatkan komplikasi seperti : gemuk, janin besar, dll. Pada ibu hamil di upayakan dapat tidak mengalami defisiensi fe yang mengakibatkan anemia. Karena anemia ini dapat berakibat buruk pada kehamilan, persalinan, dan nifas. Sehingga ibu hamil di anjurkan dapat menginum tablet fe setiap hari selama kehamilan berjumlah 90 tablet hal ini di lakukan untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil.

a) Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga selama kehamilan. Mandi dianjurkan setidaknya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, lipatan bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan.

Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena sering kali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies pada gigi.

b) Pakaian

Meskipun pakaian bukan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapan yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis ibu. Beberapa hal pakaian yang dapat diperhatikan oleh ibu hamil adalah sebagai berikut :

- (1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada bagian perut
- (2) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat
- (3) Memakai bra yang menyokong payudara

(4) Memakai sepatu dan hak yang rendah

(5) Pakaian dalam yang selalu bersih.

c) Eliminasi BAK/BAB

Keluhan yang bermunculan pada ibu hamil yang berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Desakan oleh pembesaran janin dapat mengakibatkan terjadinya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Minum air putih hangat dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu merasa hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya menjadi berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi cairan ini sangat tidak dianjurkan untuk ibu hamil karena akan menyebabkan dehidrasi.

#### d) Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti :

- (1) Sering abortus dan kelahiran premature
- (2) Perdarahan pervaginam
- (3) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan
- (4) Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri.

#### e) Mobilitas body mekanik

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, tubuh akan mengadakan penyesuaian fisik dengan bertambahnya ukuran janin. Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis karena tumpuan tubuh bergeser lebih belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki pada malam hari.

Beberapa hal yang di perhatikan adalah sebagai berikut :

- (1) Memakai sepatu dengan hak yang rendah atau tanpa hak jangan terlalu sempit
- (2) Posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam keadaan tegak dan pastikan beban terfokus pada lengan.
- (3) Tidur dengan posisi dengan kaki di tinggikan

- (4) Duduk dengan posisi punggung tegak
  - (5) Hindari duduk atau berdiri terlalu lama (ganti posisi secara bergantian untuk mengurangi ketegangan otot)
- f) Istirahat/tidur

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

g) Pekerjaan

Wanita hamil tetap dapat untuk bekerja namun aktivitas yang dijalannya tidak boleh terlalu berat. Istirahat untuk wanita hamil dianjurkan sesering mungkin. Seorang wanita hamil dianjurkan untuk menghentikan aktivitas apabila mereka merasakan gangguan dalam kehamilan, pekerjaan yang membutuhkan aktivitas berat, berdiri dalam jangka waktu lama, pekerjaan dalam industri mesin dan pekerjaan yang memiliki efek samping lingkungan (contoh: limbah) harus dimodifikasi.

Menurut undang-undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapatkann cuti 1,5 bulan sebelum bersalin dan 1,5 bulan sesudah melahirkan (Kuswanti, 2014:117-133).

### **2.1.8 Kebutuhan Psikologis Kehamilan**

#### 1. Traveling

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan rekreasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan misalnya dengan keluar kota dan mengunjungi obyek wisata.

Hal-hal yang tidak dianjurkan ibu hamil pada saat bepergian adalah:

Hindari pergi kesuatu tempat yang ramai,esak,dan panas,serta berdiri terlalu lama ditempat itu karena dapat menimbulkan sesak nafas sampai akhirnya jatuh pingsan.

- a) Apabila bepergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu lama maka harus dihindari karena dapat menyebabkan resiko bekuan drah vena dalam dan tromboflebitis selama kehamilan.
- b) Wanita hamil dapat mengendarai mobil selama 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit
- c) Stocking penyangga sebaiknya dipakai apabila harus duduk dalam jangka waktu lama di mobil atau pesawat terbang

d) Sabuk pengaman sebaiknya selalu dipakai, sabuk tersebut diletakan dibawah perut jika kehamilan sudah besar (Kuswanti, 2014:124-125)

## 2. Persiapan laktasi

Persiapan menyusui pada saat kehamilan merupakan hal yang paling penting karena persiapan dini ibu akan menjadi lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya. Suatu pusat pelayanan kesehatan (RS, BPM, PUSKESMAS) harus mempunyai kebijakan yang berkenaan dengan pelayanan ibu hamil yang menunjang keberhasilan menyusui.

Pelayanan di BPM terdiri dari penyuluhan tentang keunggulan ASI, manfaat rawat gabung, perawatan puting susu, perawatan bayi, gizi ibu hamil dan menyusui, dan keluarga berencana.(Kuswati. 2014:125).

## 3. Persiapan psikologis

Persiapan psikologis pada ibu untuk menyusui pada saat kehamilan sangatlah berarti, karena keutusan atau sikap yang positif haruslah sudah terjadi pada saat kehamilan atau bahkan jauh sebelumnya. Langkah-langkah yang harus diambil dalam untuk mempersiapkan ibu secara kejiwaab ibu untuk menyusui adalah untuk setiap ibu harus percaya dan yakin bahkan ibu harus sukses dalam menyusui bayinya, meyakinkan ibu akan keuntungan ASI

dan susu buatan/formula, memecahkan masalah yang timbul dalam menyusui, mengikut sertakan suami atau keluarga untuk berperan.

#### 4. Pemeriksaan payudara

Pemeriksaan payudara bertujuan untuk mengetahui lebih dini adanya kelainan, sehingga dapat diharapkan dikoreksi sebelum persalinan.

#### 5. Pemeriksaan puting susu

Untuk menunjang keberhasilan menyusui maka pada saat kehamilan puting susu ibu perlu diperiksa kelenturannya dengan cara :

- a) Sebelum dipegang periksa dulu bentuk puting susu
- b) Cubit aerola disisi puting susu dengan ibu jari dan telunjuk
- c) Dengan perlahan puting susu dan areola di tarik, untuk membentuk “dot”, bila puting susu mudah ditarik, berarti lentur. tertarik sedikit berarti kurang lentur, masuk kedalam berarti terbenam.

#### **2.1.9 Jadwal Pemeriksaan Antenatal Care**

1. Satu kali kunjungan pada trimester satu <14 minggu
2. Kunjungan satu pada trimester ke dua <14-28 minggu
3. Dua kali kunjungan pada trimester ketiga pada minggu ke 28-36 dan sudah minggu ke enam
4. Perlu segera memeriksakan kehamilan bila dirasakan bila ada gangguan apa bila janin tidak gerak lebih dari 12 jam.

Pada setiap kunjungan antenatalcare, perlu didapatkan informasi yang sangat penting (Saifuddin, 2008:215).

### **2.1.10 Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil**

#### **1. Morning sickness, mual dan muntah**

Hampir 50% wanita hamil mengalami mual dan biasanya mual dimulai sejak awal kehamilan. Mual muntah diusia muda disebut morning sickness tetapi kenyataannya mual muntah ini dapat terjadi setiap saat. Mual ini biasanya akan berakhir pada 14 minggu kehamilan.

#### **2. Sering buang air kecil**

Keinginan sering buang air kecil pada awal kehamilan ini dikarenakan rahim yang membesar dan menekan kandung kencing. Keadaan ini akan menghilang pada trimester II dan akan muncul kembali pada akhir kehamilan, karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin (Kurnia, 2009:243)

#### **3. Nyidam makanan**

Tidak seharusnya mneimbulkan kekawatiran asal cukup berganti dan makanan yang diidamkan bukan makanan yang tidak sehat (Masjoer, 2008:73).

#### **4. Hipersalivasi**

Gunakan pembersih mulut jika diperlukan, kunyahlah permen karet dan hisaplah permen yang keras (Kusmiati, 2008:84).

#### 5. Hidung tersumbat

Gunakan pavorizer udara dingin, hindari penggunaan obat-obatan kombinasi (Kusmiati, 2009:124).

#### 6. Sakit punggung atas/bawah

Penanganana : anjurkan ibu untuk lebih banyak untuk istirahat, gunakan bantal waktu tidur untuk meluruskan punggung, gunakan BH yang menopang dan dengan ukuran yang tepat, berjongkok dan bukan membungkuk untuk meningkatkan setiap benda agar kaki (paha) dan bukan punggung yang akan menahan beban dan tegangannya (Kusmiati dkk, 2009:102).

#### 7. Cloasma/ perubahan warna areola

Penanganan : menghindari sinar matahari secara berlebihan saat hamil.

#### 8. Perut semakin membesar

Setelah usia kehamilan 12 minggu, rahim akan membesar dan melewati rongga panggul. Pembesaran rahim akan tumbuh sekitar 1 cm setiap minggu. Pada kehamilan 20 minggu, bagian teratas rahim sejajar dengan puser (umbilicus). Setiap individu akan berbeda-beda tapi pada kebanyakan wanita, perutnya akan mulai membesar pada kehamilan 16 minggu.

#### 9. Gusi berdarah

Penanganan : berkumurlah dengan air hangat/air garam, melakukan pemeriksaan gigi teratur, menjaga gigi dan mulut.

#### 10.Keputihan

Penanganan : tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari, memakai celana dalam yang terbuat dari katun dan hindari celana dalam yang terbuat dari nilon.

#### 11.Konstipasi

Penanganan : istirahat yang cukup, makan-makanan yang berserat, senam, BAB, segera setelah ada dorongan, membiasakan BAB secara teratur (Kusmiati, 2009:145).

#### 12.Nocturia

Penanganan : kosongkan saat terasa ada dorongan untuk kencing, perbanyak minum pada siang hari, batasi minum bahan diuretik alamiah, kopi, teh, cola, dan caffeine.

#### 13.Nafas sesak

Penanganan : menganjurkan untuk meninggikan bantal saat sesak, secara periodic berdiri dan merentangkan lengan atas kepala sertakan tarik nafas panjang, mendorong postur tubuh yang baik untuk melakukan pernafasan.

#### 14.Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi, progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan tekanan pada vena hemoroid (Romauli, 2011:120).

## 15. Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan oleh penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan penekanan vena inferior saat berbaring (Manuaba, 2010:114).

### 2.1.11 Tanda Bahaya Kehamilan

#### 1. Bayi kurang bergerak

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6 beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau istirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Rukiah,dkk, 2009:127).

#### 2. Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum/perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan (Pantiawati, 2010: 79). Pada kehamilan usia lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri (Asrinah, 2010:109).

### 3. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Pada saat kehamilan, hampir seluruh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat pertanda anemia, gagal jantung, atau pre-eklamsia (Sulistyawati, 2009:87).

### 4. Penglihatan kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan pre-eklamsi (Pantiawati, 2010:89).

### 5. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa

penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia ( Sulistyawati, 2009:109).

#### 6. Nyeri perut yang hebat

Sebelumnya harus dibedakan nyeri yang dirasakan adalah bukan his seperti pada persalinan. Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta ( Sulistyawati, 2009:96).

#### **2.1.12 Pelayanan ANC**

Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan minimal 2 kali pada trimester (usia kehamilan 24 minggu sampai lahir). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin, berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal diupayakan agar memenuhi standar kualitas, yaitu :

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
2. Pengukuran tekanan darah
3. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA)
4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
5. Menentukan status imunisasi tetanus dan pemberian tetanus toksoid sesuai status imunisasi
6. Pemberian tablet penambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
7. Penentuan presentasi hjanin dan denyut jantung janin (DJJ).
8. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana)
9. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya)
10. Tatalaksana kasus ( Kemenkes RI, 2013)

### **2.1.13 Persiapan Persalinan**

Meskipun hari perkiraan persalinan masih lama tidak ada salahnya jika ibu dan keluarga mempersiapkan persalinan sejak jauh hari. Karena hal ini agar tidak terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan atau persalinan maju dari hari perkiraan, semua perlengkapan yang dibutuhkan sudah siap. beberapa hal yang harus dipersiapkan untuk persalinan adalah sebagai berikut :

1. Biaya dan penentuan tempat serta penolong persalinan.

2. Anggota keluarga yang dijadikan sebagai pengambil keputusan jika terjadi komplikasi yang membutuhkan rujukan
3. Baju ibu dan perlengkapan bayi
4. Surat fasilitas kesehatan
5. Pembagian peran jika ibu di RS
  - a) Memantau kesejahteraan janin

Salah satu indikator kesejahteraan janin yang dapat dipantau sendiri oleh ibu adalah gerakan dalam 24 jam. Gerakan janin dalam waktu 24 jam minimal 10 kali, gerakan ini dirasakan dan dihitung oleh ibu sendiri dan yang sering di kenal dengan istilah "gerakan sepuluh" (Kuswanti, 2014: 127-128).

## **2.2 KONSEP DASAR PERSALINAN**

### **2.2.1 PENGERTIAN DASAR PERSALINAN**

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta infeksi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Wijayanti dkk, 2015).

Kehamilan dan kelahiran adalah proses fisiologis, untuk Setiap wanita, yang biasanya berjalan normal. Kebanyakan wanita Memiliki konsepsi normal, pertumbuhan janin, persalinan, dan kelahiran dan

Mebutuhkan intervensi minimal atau tidak ada dalam prosesnya. Wanita dan keluarga mereka memiliki pandangan berbeda tentang melahirkan anak. Berdasarkan pengetahuan, pengalaman, sistem kepercayaan, Budaya, dan latar belakang sosial dan keluarga (John A, 2017).

Persalinan adalah proses dimana bayi, Plasenta dan selaput ketuban keluar dari Uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika Prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup Bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai Adanya penyulit (Wijayanti, dkk. 2015).

Persalinan adalah proses parasimpatis, Kondisi fisiologis yang perlu istirahat, ketenteraman, Rasa nyaman, percaya diri, terutama harus ada rasa Aman (Reuwer dkk, 2009).

Dari kesimpulan di atas bahwa persalinan adalah suatu proses di mana bayi, plasenta, selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan cukup normal jika dianggap kehamilan cukup bulan ( 37-42 minggu ) melalui jalan lahir atau jalan lain dan dengan bantuan atau tanpa bantuan.

## **2.2.2 PROSES PERSALINAN**

### **1. Tahapan Persalinan**

#### **a. Kala 1 ( pembukaan )**

Kala 1 persalinan di mulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga

serviks pembukaan secara berlangsung antara pembukaan 1 sampai pembukaan lengkap (10cm) (Kumalasari, 2015:98).Kala 1 persalinan terdiri atas 2 fase yaitu :

1) Fase laten

Dimulai sejak awal berkontraksi uterus yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, pembukaan serviks kurang dari 4cm biasanya berlangsung hingga dibawah 8jam.(Sukarni, dkk, 2013:214)

2) Fase aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat ( kontraksi di anggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih ), serviks membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga perbukaan lengkap ( 10 cm ), terjadi penurunan bagian bawah janin (Sukarni, dkk,2013).

Berlangsung selama 6 jam dan di bagi menjadi 3 subfase yaitu sebagai berikut :

- a) Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
- b) Periode dilirasi maksimal : berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm

- c) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukan menjadi 10 cm (lengkap).

Mekanisme pembukaan serviks berbeda antara pada primigravida dengan multigravida. Pada yang pertama ostium uteri intemum akan membuka terlebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Ketuban akan pecah sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau sudah lengkap jika ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm disebut ketuban pecah dini (KPD).

Selama fase laten persalinan, semua asuhan harus dicatat. hal ini akan direkam secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau kartu menuju sehat (KMS) ibu hamil. (Sukarni, dkk, 2013).



Tabel 2.2  
Diagnosis kala dan fase persalinan

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

Sumber : Sulistyawati,2009:198

## 2. Kala II

Pada kala pengeluaran di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Pada kala pengeluara janin his berkoordinasi,kuat, lebih cepat, dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara

reflektoris menimbulkan rasa mengejan. Adanya tekanan pada ructum maka ibu merasa ingin buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada saat waktu his kepala janin mulai kelihatan. Vulva membuka dan perinium menegang. Dengan his mengejan yang terpimpin maka lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung 1 ½ - 2 jam, sedangkan pada multigravida selama ½ - 1 jam ( Kumalasari, 2015:98 ).

Secara umum yang terjadi pada persalinan kala II yaitu :

- a) His menjadi lebih kuat dan lebih sering
- b) Timbul tenaga untuk meneran
- c) Perubahan dari dasar panggul karena kepala sudah turun di dasar panggul
- d) Ketuban pecah pada saat mendekati pembukaan lengkap diikuti keinginan untuk mengejan karena adanya tekanan pada anus
- e) Adanya dorongan yang kuat, kepala bayi lahir dari ubun-ubun besar, dahi, hidung, muka, dan kepala keseluruhan.
- f) Kepala lahir keseluruhan dan diikuti putar paksi luar, yaitu untuk menyesuaikan kepala untuk melahirkan punggung
- g) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka bayi ditolong dengan kepala dipegang pada oksiput dan bawah dagu, ditarik curam bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam

ke atas untuk melahirkan bahu belakang, dan kemudian setelah bahu lahir keduanya ketika di kait untuk melahorkan semua anggota tubuhnya bayi lahir dengan di ikuti sisa-sisa air ketuban.

- h) Lama kala II yaitu 45 menit untuk primigravida, dan 20 menit untuk multigravida.

Tabel 2.3  
Durasi kala I dan kala II

	Tanpa konduksi Anestesi		Konduksi Anestesi	
	Kala Satu (Jam)	Kala Dua (Menit)	Kala Satu (Jam)	Kala Dua (Menit)
Rerata Nulipara	8,1	54	10,2	79
Rerata Multipara	5,7	19	7,4	45

Sumber : Kuscahyanti dkk,2010:90

### 60 Langkah APN

- a) Mengenali tanda dan gejala kala II

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

- (1) Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

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

b) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(2) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. untuk mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi.

(b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.

(3) Pakai clemek plastik.

Rasional : Clemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang

berpotensi untuk menularkan penyakit

(Wiknjosastro, 2008:80)

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

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

Rasional : Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular melalui darah (Varney, 2008:1117)

(6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

c) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur partio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

(7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dan depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

- (a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.
  - (b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
  - (c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin, 0,5% langkah 9)
- (8) Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan klorin).
- (9) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- (10) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture porsio dan keadaan janin yang baik yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

- (a) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.

(b) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

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

(12) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit

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

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

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

Rasional : Jika ibu berbaring terlentang maka berat

uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava vena inferior ibu.

Berbaring terlentang juga akan

mengganggu kemajuan persalinan dan

menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro, 2008:87).

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

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

(a) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan secara efektif.

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

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

(d) Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum di sela-sela kontraksi.

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

(f) Beri cukup asupan cairan peroral (minum).

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda.

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

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

d) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong.

(17) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi di vulva dengan diameter 5-6 cm.

(18) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bagian bawah bokong ibu.

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

(20) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

e) Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perinium.

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

R/Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjosastro, 2008:89).

(22) Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

(a) Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008: 1146).

(b) Jika talipusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

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

(23) Tunggu kepala bayi putar paksi luar, pegang secara seponan.

#### **Lahirnya bahu**

(24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya kontraksi. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang.

#### **Lahirnya badan dan tungkai**

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

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

f) Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

(27) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu :

(a) Apakah bayi menangis kuat dan bernafas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(c) Apakah kulit bayi berwarna merah?

(28) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian telapak tangan. Gantik handuk basah dengan handuk kering yang lainnya.

(29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus (hamil tunggal).

(30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus kontrak dengan baik.

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

(32) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke

arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 3-5 cm distal dari klem pertama.

(33) Pemotongan dan ikat tali pusat

(a) Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara tali pusat tersebut.

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

(c) Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan (larutan clorin).

(34) Letakan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit bayi, letakan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantar payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(35) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi.

### **Kala III**

a) Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosastro, 2008:100-106) penanganan tali pusat untuk melahirkan talim pusat.

(36) Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5cm dari vulva ibu

(37) Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, dan tangan lain untuk menegangkan tali pusat.

(38) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

(39) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir ( tetap dilakukan dorso kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vilva dan melahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

(1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

(2) Lakukan kateterisasi (aseptik) 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.

(40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

**Kala IV**

## b) Menilai perdarahan

(42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastika selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

(43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

## c) Melakukan prosedur pasca salin

(44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

(45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(a) Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

(b) Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

- (46) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K<sub>1</sub> 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.
- (47) Setelah 1 jam pemberian vitamin K<sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.
- (a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.
  - (b) Letakkan kemabali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.
- (48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- (a) 2 - 3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
  - (b) Setiap 15 menit pada 1jam pertama pasaca persalinan.
  - (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
  - (d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.
- (49) Ajarkan ibu dan keluarga cara massase uterus dan menilai kontraksi.

Rasional : Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

- (50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- (51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum.
- (a) Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.
  - (b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- (52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36°C-37,5°C).
- (53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
- (54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- (55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan keruban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.
- (56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

(57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

### **Dokumentasi**

(60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

### 3. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. (Sulistiyawati, dkk. 2010:8)

Persalinan kala tiga di mulai pada saat setelah lahirnya bayi dan berakhir lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung selama 15 menit.

Kala III terdiri atas dua fase yaitu :

#### a. Tanda pelepasan plasenta

1) Semburan darah secara tiba-tiba

2) Tali pusat memanjang

3) Perubahan posisi uterus. Setelah plasenta lepas dan menempati segmen bawah Rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen.

## b. Cara - Cara Pelepasan Plasenta

### 1) Metode Ekspulsi Schultze

Pelepasan ini dapat dimulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (tanda ini dikemukakan oleh Ahlfled) tanpa adanya perdarahan per vaginam, lebih besar kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di fundus.

### 2) Metode Ekspulsi Matthew-Duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. Bila lebih hal ini patologi. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit, dan perdarahan segera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu lebih kurang 6 menit setelah anak lahir lengkap. ( Sari, dkk, 2014:91).

### 3) Fase pengeluaran plasenta

Pengeluaran plasenta menurut Rohani, (2011:208) :

(a) Kustner : dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada/di atas simpisis, tali pusat ditegangkan, maka apabila

tali pusat masuk berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau maju berarti plasenta sudah lepas

(b) Klien : sewaktu ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti tali pusat belum lepas, tetapi bila diam atau turun berarti plasenta sudah lepas

(c) Strassman : tegakkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti tali pusat belum lepas, tetapi bila tidak bergetar berarti plasenta sudah lepas.

Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi baru lahir dan biasanya dalam 5 menit, dan pengeluaran darah kira-kira 100-150 cc.

#### 4. Kala IV

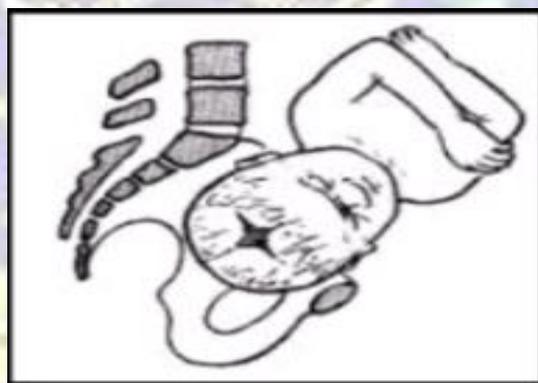
Kala IV persalinan adalah di mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum. Di kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, yang paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat kesadaran pasien
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. (Sulistiyawati. 2010:9)

### 2.2.3 Mekanisme Persalinan

#### 1. Engagement (Penguncian)

Pada tahap *engagement* (kepala terfiksasi pada PAP), terjadi peristiwa sinklitimus (Wiknjosastro, 2009:310). Menambahkan sinklitimus 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 2.4  
Engagement

Sumber : Sutopo, 2014. [http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from\\_m\\_app=androidsew](http://www.slideshare.net/HendrikLidapraja/meknisme-persalinan-belakang-kepala?from_m_app=androidsew) diakses tanggal 18 januari 2018).

#### 2) Descent (Penurunan)

Pada banyak nulipara, masuknya bagian kepala janin ke pintu atas panggul telah mencapai sebelum persalinan normal dan penurunan janin lebih jauh tidak akan terjadi sampai awal

persalinan. Sementara itu, pada multipara masuknya kepala janin ke pintu atas panggul mula-mula tidak begitu sempurna, penurunan lebih jauh akan terjadi pada kala I (Saifuddin, 2010). Masuknya kepala ke pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul (PAP) (Bandiyah, 2009). Dapat pula dalam keadaan asinklitismus, yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang pintu atas panggul (PAP) (Saifuddin, 2010). Asinklitismus terbagi dua jenis, yaitu:

- a) Asinklitismus anterior, yaitu arah sumbu kepala membuat sudut lancip kedepan terhadap PAP
- b) Asinklitismus posterior merupakan kebalikan dari Asinklitismus anterior (Bandiyah, 2009).

Untuk lebih jelasnya proses masuknya kepala janin ke PAP dapat dilihat pada gambar sebagai berikut :



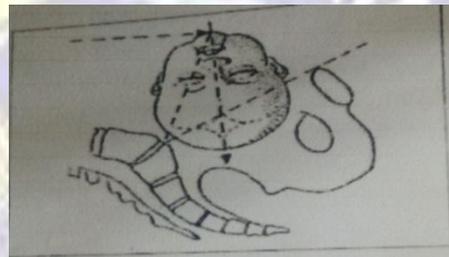
Gambar 2.5  
Sinklitismus

Sumber : Saifuddin.2010:309



Gambar : 2.6  
Asinklitismus anterior

Sumber : Saifuddin, A.B, 2010:311



Gambar : 2.7

Asinklitismus Posterior

Sumber : Saifuddin, A.B, 2010:311

### 3) Fleksi

Dengan terjadinya kemajuan kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan fleksi bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala janin, fleksi ini terjadi karena adanya dorongan pada dasar panggul, serviks, dinding panggul atau pintu atas panggul (Marmi, 2011:187-188).

### 4) Rotasi internal

Menurut Marmi (2011:188) Sebab-sebab putar paksi yaitu:

- a) Pada letakfleksi, bagian belakang kepala merupakan titik terendah dari kepala
- b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit
- c) Ukuran terbesar dari bagian tengah panggul yaitu diameter antereo posterior.

#### 5) Ekspulsi kepala janin

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

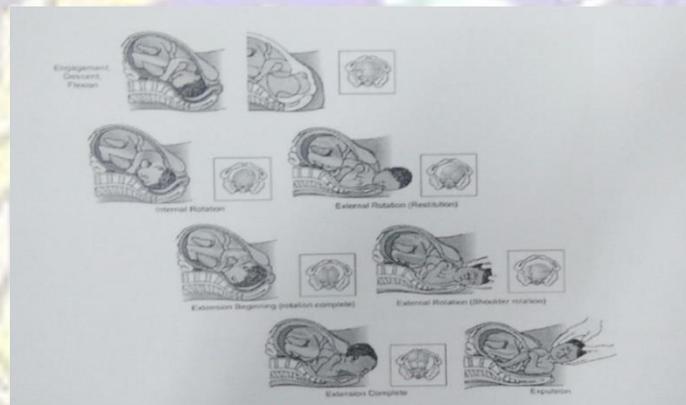
#### 6) Rotasi eksternal

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

#### 7) Ekstensi

Pada tahap ini terjadi moulage kepala janin, ekstensi, hipmoklin UUK dibawah 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

tekanan. 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 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 : 2.8  
Mekanisme Persalinan

Sumber : Diah, 2012. <http://jurnalbidandiah.blogspot.com>

#### 2.2.4 Lima Benang Merah

Lima benang merah dalam persalinan Menurut JNKP-KR (2008)

Lima Benang Merah dalam persalinan yaitu :

##### 1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan klien. Langkah-langkah membuat keputusan klinik :

- a) Pengumpulan data : subjektif dan objektif
- b) Diagnosis kerja
- c) Penatalaksanaan klinik
- d) Evaluasi dan hasil implementasi tatalaksanaan

##### 2. Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Konsep dari asuhan sayang ibu adalah :

- a) Persalinan merupakan peristiwa yang alami
- b) Sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal
- c) Penolong memfasilitasi proses persalinan
- d) Bersahabat, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu klien, memberi dukungan moril, dan kerjasama dengan semua pihak.

##### 3. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Yang diperhatikan dalam pencegahan infeksi

- a) Kewaspadaan standar
- b) Mencegah terjadinya pencegahan infeksi
- c) Barrier protektif
- d) Budaya bersih dan lingkungan yang aman

#### 4. Pencatatan

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

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

#### 5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas yang memiliki sarana lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa

para ibu dan bayi baru lahir. Yang perlu diperhatikan dalam rujukan adalah :

- a) Alasan keputusan rujukan
- b) Jenis rujukan (darurat atau optimal)
- c) Tatalaksana rujukan
- d) Upaya yang dilakukan selama merujuk

### 2.2.5 Partograf

Partograf digunakan untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Saifuddin, 2009:104). Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157).

1. Denyut jantung janin, dicatat setiap 30 menit
2. Air ketuban, dicatat setiap melakukan pemeriksaan vagina:
  - U : selaput utuh
  - J : selaput pecah, air ketuban jernih
  - M : air ketuban bercampur mekonium
  - D : air ketuban bernoda darah
  - K : tidak ada cairan ketuban/ kering
3. Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase) :
  - 0 : Sutura terpisah

- 1 : Sutura tepat bersesuaian
- 2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat di perbaiki
- 3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat di perbaiki
4. Pembukaan mulut rahim (serviks), dinilai setiap 4 jam dan di beri tanda silang (x).
5. Penurunan, mengaju pada bagian kepala (di bagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simpisis pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O).
6. Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah diajalani sesudah pasien di terima.
7. Jam, dicatat jam sesungguhnya
8. Kontraksi, dicatat setiap 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik dengan tanda :
  - a) Kurang dari 20 detik
  - b) Antara 20-40 detik
  - c) Lebih dari 40 detik
9. Oksitosin, apabila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan permenit
10. Obat yang diberikan, dicatat semua obat lain yang diberikan
11. Nadi, dicatat setiap 30-60 menit pada fase aktif serta ditandai dengan sebuah titik besar (.)

12. Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah
13. Suhu badan, dicatat setiap 4 jam pada fase laten, dan 2 jam pada fase aktif
14. Protein, aseton, volume urine, dicatat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2008: 104).

### **2.2.6 Kebutuhan Persalinan**

#### **1. Makan dan minum peroral**

Pemberian makanan padat pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal dilambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni (tersedak dan masuk ke dalam saluran pernafasan). 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 pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalorinya tetap terpenuhi. Penatalaksanaan yang paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi pasien, artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk di berikan dengan konsistensi dan jumlah yang logis dan

sesuai dengan kondisi pasien. (Sulistiyawati, A, dkk 2010:41-42).

## 2. 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 :

- a. Gravida 5 atau lebih
- b. Distensi uterus (ketegangan uterus) yang terlalu berlebihan, misalnya pada kondisi gemeli, polihidramnion, atau pada bayi besar
- c. Induksi oksitosi
- d. Riwayat perdarahan pascapersalinan sebelumnya
- e. Riwayat atau predisposisi lain yang memungkinkan pasien untuk mengalami perdarahan segera setelah melahirkan
- f. Pasien mengalami dehidrasi dan keletihan
- g. Pasien mengetahui mengidap penyakit infeksi yang disebabkan oleh streptococcus grup B, sehingga memerlukan terapi antibiotik secara intravena
- h. Suhu pasien lebih dari 38 °C pada saat persalinan

- i. Kondisi obstetrik patologis yang mengancam kondisi pasien, misalnya plasenta previa, abrupsio plasenta, pre-eklamsi, dan eklamsi
- j. Anestesi epidural

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. Selain itu, lubang dari alat ini cukup besar sehingga memudahkan dalam pemberian cairan dalam jumlah besar dan transfusi darah. Larutan intravena yang biasa diberikan pada pasien adalah D5% (dextrosr 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/j, selanjutnya aliran diperlambat menjadi 125 ml/jam. (Sulistyawati, A, dkk 2010:42-43).

### 3. 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 di ambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok. Posisi diatas dapat membantu rotasi janin dari posisi posterior ke interior. Berjalan di awal persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap juga sangat membantu untuk putaran paksi kepala janin. Beberapa situasi pasien yang tidak memungkinkan untuk ambulasi dengan turun dari tempat tidur antara lain :

- a. Ketika ketuban sudah pecah dan taksiran berat janin kecil (kurang dari 200 gram), serta bukan presentasi kepala. Pada kondisi tersebut akan sangat berbahaya bagi pasien jika turun dari tempat tidur karen akan menyebabkan prolaps tali pusat. Posisi telentang dengan kepala ditinggikan  $20-30^{\circ}$  juga akan meningkatkan risiko prolaps tali pusat. Posisi rekumben lateral dan posisi lutut-dada merupakan alternatif yang baik untuk keadaan ini
- b. Ketika pasien sedang mendapatkan pengobatan yang sengan obat tersebut membuat pasien pusing dan tidak stabil untuk berdiri
- c. 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

- d. Pasien yang mengalami komplikasi obstetrik seperti abrupsi 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 :

- 1) Koordinasi lebih baik dan efisiensi kontraksi uterus yang lebih besar, kontraksi lebih kuat dan lebih jarang daripada pasien dalam posisi telentang.
- 2) Memfasilitasi fungsi ginjal, karena aliran urine menurun pada posisi telentang.
- 3) Memfasilitasi rotasi janin pada posisi posterior
- 4) Meredakan tekanan uterus dan kompresi pada pembuluh darah utama pasien (vena cava inferior dan aorta).

Posisi rekumben lateral sangat dianjurkan pada kondisi yang tidak menguntungkan seperti :

- a) Sindrom hipotensi supine pada pasien
- b) Gawat janin
- c) Pre-eklamsi berat
- d) Hipertonik uterus atau kontraksi uterus yang tidak efektif. (Sulistyawati,dkk. 2010:43-44)

#### 4. Eliminasi Selama Masa Persalinan (BAB / BAK)

##### a. 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 aktivitas ketoilet 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 inginkan untuk membantunya BAK diatas tempat tidur. Ini sangat berpengaruh terhadap psikologis pasien, tidak hanya saat ia BAK namun untuk perkembangan kenyamanan psikologis di tahap proses persalinan selajutnya.

##### b. Buang Air Besar (BAB)

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi daripada rasa tidak nyaman. Hal ini terjadi karena pasien tidak tahu mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhannya ini. Dalam

kondisi ini penting bagi keluarga serta bidan untuk menunjukkan respons yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya.

Jika pasien dapat berjalan sendiri ke toilet, maka cukup bagi pendamping untuk menemaninya sampai selesai. Namun jika kondisi sudah tidak memungkinkan untuk turun dari tempat tidur, maka tanyakan lebih dahulu mengenai posisi apa yang paling nyaman serta siapa yang akan diminta 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. (Sulistiyawati, dkk. 2010:46).

#### 5. Kebersihan Tubuh

Sebagai pasien yang akan menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh sebagai suatu kebutuhan, karena ia lebih terfokus terhadap rasa sakit akibat ini terutama pada primipara. Namun sebagian orang lain akan merasa tidak nyaman atau risih jika kondisi tubuhnya kotor dan bau akibat keringan berlebih selama persalinan. Tanpa mempertimbangkan apakah kebersihan tubuh ibu terjaga.

kebutuhan atau tidak, bidan atau pendamping sebaiknya tetap memperhatikan kebersihan tubuh pasien. 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 yang 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 bokong jika sudah basah oleh darah atau air ketuban. (Sulistyawati, dkk. 2010:46).

#### 6. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Di awal persalinan sebaiknya mengajurkan pasien untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring di tempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu. Posisi ini dikombinasikan dengan aktivitas dalam ambulasi agar

penurunan kepala janin dapat lebih maksimal. (Sulistyawati, dkk 2010:47)

#### 7. Kehadiran Pendamping

Kehadiran seseorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh para 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. (Sulistyawati, dkk. 2010:48)

#### 8. Bebas Dari Nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa 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, posisi lutut-dada diatas tempat tidur dan sebagainya. Pemberian obat-obatan untuk mengurangi nyeri atau takut dapat dipertimbangkan sesuai dengan kondisi pasien. (Sulistyawati, dkk. 2010:48).

## 9. Menerima Sikap dan Perilaku yang Baik

Pasien yang datang sangat membutuhkan sikap dan perilaku yang baik dari orang lain, terlebih lagi bidan yang menolong persalinan. Wajah yang ramah dan selalu memberikan respons yang positif terhadap apapun yang diungkapkan oleh pasien akan sangat membantu dalam kualitas komunikasi dengan pasien selain itu, memberikan sikap dan perilaku yang baik kepada keluarga juga akan meningkatkan kepercayaan pihak keluarga terhadap pelayanan yang diberikan sehingga jika sewaktu-waktu bidan membutuhkan bantuan dan dukungan keluarga, mereka akan lebih kooperatif. (Sulistyawati, dkk 2010:53)

## 10. Informasi dan Kepastian Hasil yang Aman bagi Pasien dan Bayinya

Menurut (Sulistyawati, dkk. 2010:53-54)

Saat pertama pasien memasuki kamar bersalin untuk menjalani proses persalinan, bidan sebaiknya memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga akan informasi yang dapat membantu kelancaran komunikasi selanjutnya. Beberapa informasi yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut :

- a) Hasil pemeriksaan awal (kepastian apakah saat ini ia dalam kondisi normal atau aman) dan kapan pemeriksaan selanjutnya akan dilaksanakan.

- b) Identitas minimal (nama) petugas dan bidan yang memberikan pelayanan.
- c) Tarif dan lama perawatan berdasarkan kelas kamar, jika memungkinkan sudah termasuk penghitungan total biaya perawatan.
- d) Hak dan kewajiban pasien dan keluarga.
- e) Bagaimana cara meminya bantuan jika memerlukan.
- f) Apa yang harus pasien lakukan saat sudah memasuki persalinan.
- g) Teknik dan posisi persalinan yang diperbolehkan, apakah boleh meminta posisi tertentu yang dirasakan pasien paling nyaman.
- h) Kapan bayi boleh dilihat oleh ayah dan keluarga setelah lahir.
- i) Apa saja yang harus suami dan keluarga persiapkan menjelang persalinan.
- j) Siapakan yang diperbolehkan mendampingi persalinan.
- k) Apa saja yang harus dilakukan oleh pendamping persalinan.

### **2.2.7 Tanda-Tanda Persalinan**

Persalinan dimulai pada ibu sudah dalam keadaan inpartu (saat uterus berkontraksi menyebabkan perubahan pada serviks membuka dan menipis), berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

Tanda dan gejala persalinan antara lain : perasaan diatensasi berkurang (lightening), perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban pecah, blood show, lonjakan energi, gangguan pada saluran cerna.

Lightening mulai di rasakan sejak kira-kira 2 minggu menjelang persalinan, adalah penurunan bagian presentasi dalam pelvis minor.

Lightening adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Lightening menyebabkan tinggi fundus menurun keposisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Terjadinya lightening juga memberikan kesempatan yang baik pada untuk meninjau perencanaan untuk persalinan sekaligus memberi petunjuk tentang keadekuatan pintu atas panggul (Asri, dkk. 2012:22).

## **2.3 KONSEP DASAR NIFAS**

### **2.3.1 PENGERTIAN NIFAS**

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu. Masa nifas merupakan selama masa persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali keadaan hamil yang tidak normal. Masa adalah nifas adalah masa setelah seorang ibu melahirkan bayi yang dipergunakan untuk memulihkan kesehatannya kembali yang umumnya memerlukan waktu 6-12 minggu (Marmi, 2011:11).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang di perlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009:2).

Masa nifas (peurperium) adalah masa pulih kembali mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu (Mochtar, 2012). Masa nifas (peurperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu (Ambarwati, 2010:237).

### **2.3.2 Proses Masa Nifas**

#### **1. Pengecilan rahim atau involusi**

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalir darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan pendarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu beratnya sekitar 300gr dan tidak dapat diraba

lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan—lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gr. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

a) Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

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

b) Proses laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormon-hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya dipayudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena

mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha, 2009:2-4).

### 2.3.3 Tahap-Tahap Masa Nifas

Adapun beberapa tahapan yang mengenai masa nifas (postpartum/peurperium) yaitu :

1. Peurperium dini

Kepulihan ketika ibu telah di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan atau sudah mengerjakan pekerjaan lainnya.

2. Peurperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia atau pun organ reproduksi yang lamanya kira-kira dalam waktu 6-8 minggu

3. Remote Peurperium

Waktu yang di perlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi (Rukiyah dkk, 2010:5).

### 2.3.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Pada masa nifas terjadi beberapa perubahan yang menyertai, sebagai berikut :

1. Perubahan sistem reproduksi

- a) Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat

sekitar 60 gram. Proses ini di mulai segera setelah plasenta lahir akibat adanya kontraksi otot-otot polos uterus (Heryani, 2010:24).

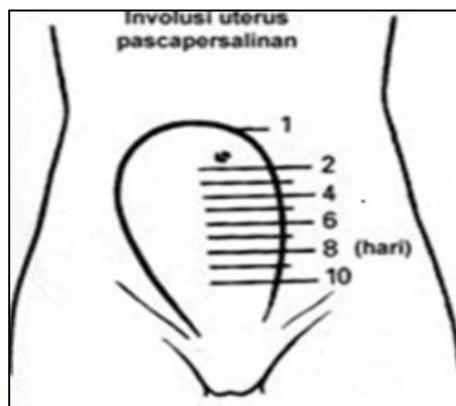
Tabel 2.4  
perubahan uterus masa nifas

No	Waktu involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu minggu	Pertengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2 cm
4.	Dua minggu	Tidak teraba di atas simfisis	300 gram	5 cm	1 cm
5.	Enam minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	menyempit

Sumber : Mochtar,2015:18

Involusi uterus dari luar dapat di amati dengan memeriksa fundus uterus dengan cara sebagai berikut :

- b) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1cm di atas pusat, dan menurun kurang lebih 1cm meter di setiap harinya.
- c) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1cm di bawah pusat pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2cm di bawah pusat.
- d) Pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis.pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.



Gambar 2.9  
Involusi Uterus Pascapersalinan  
(Sumber: Kumalasari, Intan, 2015: 157).

#### b) Serviks

Serviks mengalami perubahan involusi bersama dengan uterus, Warna serviks merah kehitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena adanya robekan kecil yang terjadi dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

#### c) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam waktu 6-8 minggu postpartum.

Penurunan hormon esterogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mokosa vagina dan hilangnya rugae-rugae (lipatan-lipatan/kerutan) akan kembali pada minggu ke 4 (Kumalasari, 2015:158).

### (1)Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Berdasarkan waktu lochea di bedakan menjadi beberapa jenis di antaranya :

#### (a) Lochea rubra

Lochea ini muncul pada hari 1-3 hari masa postpartum, berwarna merah karena berisi darah dari perobekan/luka pada plasenta

#### (b) Lochea sanguinolenta

Cairan yang berwarna merah kecoklatan dan berlendir, berlangsung pada hari ke 3-7 hari.

#### (c) Lochea serosa

Berwarna kuning kecoklatan, juga terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta.berlangsung terjadi pada hari ke 7-14 hari.

#### (d) Lochea alba

Lochea alba mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, serabut jaringan yang mati berlangsung selama 2-6 minggu.

#### d) Payudara

Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Pengkajian payudara pada periode

awal pascapartum meliputi penampilan dan integritas puting susu, memar atau iritasi jaringan payudara karena posisi bayi, adanya kolostrum, apakah payudara terisi air susu, adanya sumbatan duktus, kongesti dan tanda-tanda mastitis potensia (Varney, 2008:960-961).

Menurut Saleha (2009:18-20), jenis air susu yang dikeluarkan ibu memiliki 3 stadium yaitu :

(1) Kolostrum

Mengandung sel darah putih dan antibodi yang paling tinggi dari pada ASI sebenarnya, khususnya kandungan imunoglobulin A (IgA) yang membantu melapisi usus bayi yang masih rentan dan mencegah bayi mengalami alergi makanan. Kolostrum disekresikan dari hari pertama sampai hari ketiga dan keempat.

(2) Air susu masa peralihan

Merupakan ASI peralihan dari kolostrum menjadi ASI yang matur. Kadar protein makin rendah, kadar karbohidrat dan lemak makin tinggi. Disekresi dari hari ke-4 sampai hari ke-10.

(3) Air susu matur

Merupakan cairan berwarna putih kekuning-kuningan yang diakibatkan warna dari garam kalsium caseinat, riboflavin, dan karoten yang terdapat didalamnya.

Disekresi pada hari ke-10 dan seterusnya adda pada yang mengatakan pada minggu ketiga sampai minggu ke lima.

e) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat plasenta desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekkas implantasi plasenta.

### **2.3.5 Perubahan Sistem Pencernaan Pada Masa Nifas**

Menurut (Sukarni, dkk, 2013:345)

1. Nafsu makan

Ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan, sehingga iya boleh mengonsumsi makanan ringan. Karena Setelah melahirkan ibu merasa sangat kelelahan dan keletihan, jadi ibu sangat merasa lapar. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu sampai dua hari.

2. Motilitas

Penurunan otot motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesik bisa

mengakibatkan keterlambatan pengembalian tonus mortalitas keadaan normal.

### 3. Pengosongan usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalianan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. Ibu sering kali menduga nyeri pada saat defekasi karena nyeri yang dirasakan akibat episiotomi, laserasi atau hemmoroid.

### 4. Perubahan sistem perkemihan pada saat nifas (Sukarni, dkk, 2013:348)

#### a) Deuresis postpartum

Dalam 12 jam paca melahirkan, ibu mulai membuang kelebihan cairan yang tertimbun di jaringan selama iya hamil. Deuresis postpartum, yang disebabkan oleh penurunan kadar esterogen, hilangnya peningkatan tekanan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah tersebut akibat kehamilan, merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum.

b) Uretra dan kandung kemih

Dinding kandung kemih dapat mengalami hiperemesis dan oedema, sering kali di sertai di daerah-daerah kecil hemoragi. Kandung kemih yang edema terisi penuh dan heptonik dapat mengakibatkan overdistensi, pengosongan yang tidak sempurna dan urin residual dan jika di lakukan untuk pengosongan kandung kemih.

5. Perubahan sistem muskuloskuletal / diastasis rectus abdomikus pada masa nifas

a) Dinding perut dan peitonium

Setelah persalinan, dinding perut longgar karena di renggang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam waktu 6 minggu.

b) kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang di namakan striae. Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu.

c) Striae

Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar.

d) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala.

e) Simpisis pubis

Meskipun relatif jarang, tetapi simpisis pubis yang terpisah ini merupakan penyebab utama morbiditas maternal dan kadang-kadang penyebab ketidak mampuan jangka panjang. Hal ini biasanya di tandai oleh nyeri tekan signifikan pada pubis di sertai peningkatan nyeri pada saat bergerak di tempat tidur atau pada saat berjalan (Sukarni, dkk, 2013:351-352).

### 2.3.6 Perubahan Psikologis Pada Masa Nifas

Menurut Marmi (2015), membagi beberapa fase yaitu :

a) Fase taking in

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

b) Fase taking hold

Fase kedua masa nifas adalah fase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada Fase ini ibu

merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat dirinya dan bayinya sehingga timbul percaya diri

c) Fase leting go

fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan dirinya, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat.

### **2.3.7 Kebutuhan Dasar Masa Nifas**

#### **1. Nutrisi dan Cairan**

Perubahan pola hidup semasa hamil yang wajib dipertahankan dimasa postpartum adalah pola makan yang baik dan benar. Makanan “tidak asal masuk”, dan “tidak asal mengenyangkan”, nutrisi yang baik dan penting untuk pemulihan pasca persalinan, menjaga kesehatan yang optimal agar dapat menjalankan tugas sebagai ibu, menjaga produksi dan kualitas ASI. Makanan yang dikonsumsi ibu harus mengandung karbohidrat, tinggi protein, zat besi, vitamin, dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar sekresi. Ibu nifas dan menyusui membutuhkan tambahan kalori  $\pm$  700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan bulan selanjutnya kebutuhan kalori

menurun  $\pm$  500 kalori, karena bayi telah mendapatkan makanan pendamping ASI. Berikut zat-zat yang dibutuhkan dalam diet ibu pasca persalinan.

- a. Penuhi diet berimbang, terdiri atas protein, kalsium, mineral, vitamin, sayuran hijau, dan buah.
- b. Mengonsumsi tambahan kalori sesuai kebutuhan. Menyusui 500-700 kalori.
- c. Kebutuhan cairan sedikitnya 3 liter/hari yang dapat diperoleh dari air putih, sari buah, susu, atau sup.
- d. Vitamin A (200.000 unit) selain untuk ibu, vitamin A dapat diberikan kepada bayi melalui ASI.
- e. Untuk mencegah anemia konsumsi tablet zat besi selama masa nifas (Marliandiani, 2015:38).

## 2. Eliminasi

- a) Buang air kecil

Pengeluaran urine akan meningkat pada 24-48 jam pertama sampai hari kelima postpartum karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Sebaiknya, ibu tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan karena dapat menghambat uterus berkontraksi dengan baik sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan. Dengan mengosongkan kandung

kemih secara adekuat, tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari postpartum.

b) Buang air besar

Kesulitan buang air besar (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terluka, atau karena hemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makan tinggi serat, dan cukup minum sehingga bisa buang air besar dengan lancar. Sebaiknya pada hari kedua ibu sudah bisa buang air besar. Jika pada hari ketiga ibu masih belum bisa buang air besar, ibu bisa menggunakan pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja. Ini penting untuk menghindari gangguan pada kontraksi uterus yang dapat menghambat pengeluaran cairan vagina. Dengan melakukan pemulangan dini pun diharapkan ibu dapat segera BAB (Kumalasari, 2015:162).

c) Personal Hygiene

Pada masa post partum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut.

- 1) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
  - 2) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
  - 3) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.
  - 4) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
  - 5) Jika ibu luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut (Saleha, 2009:73-74).
- d) Ambulasi Dini (Early Ambulation)

Membimbing ibu secepat mungkin turun dari tempat tidur setelah persalinan akan membantu ibu cepat pulih asal dilakukan secara bertahap, hati-hati, dan seizin dokter. Ambulasi dini tidak wajib dilakukan pada ibu yang mengalami komplikasi nifas dan riwayat persalinan patologis. Penelitian membuktikan bahwa ambulasi dini dapat mencegah terjadinya

sumbatan pada aliran darah. Tersumbatnya aliran darah bisa menyebabkan terjadinya trombosis vens dalam (deep vein thrombosis) dan dapat menimbulkan infeksi pada pembuluh darah. Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

- 1) Ibu merasa lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan maupun pendidikan kepada ibu mengenai cara perawatan bayi sehari- hari.
- 4) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis).

Langkah- langkah mobilisasi dini yang dapat dilakukan untuk turun dari tempat tidur adalah sebagai berikut.

- (a) Awali dengan mengatur panas, miring kiri, miring kanan, dan duduk.
- (b) Duduk dengan tubuh di tahan dengan tangan, geserkan kaki ke sisi ranjang dan biarkan kaki menggantung sebentar.
- (c) Dengan bantuan orang lain, perlahan- lahan ibu berdiri dan masih berpegangan pada tempat tidur.
- (d) Jika terasa pening, duduklah kembali. Stabilkan diri beberapa menit sebelum melangkah (Marliandiani, 2015: 38-39).

e) Istirahat dan Tidur

Menurut Maritalia,(2012:52-53), kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu frustrasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Masa nifas sangat erat kaitannya dengan gangguan pola tidur yang dialami ibu, terutama segera setelah melahirkan. Pada 3 hari pertama dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul pada luka perineum, dan akan kembali mendekati normal dalam 2-3 minggu setelah persalinan. Pada ibu nifas kurang tidur mengakibatkan :

- 1) Berkurangnya produksi ASI.
  - 2) Memperlambat proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan.
  - 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.
- f) Seksual

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

setelah kelahira. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Sulistiyawati, 2009:103).

g) Latihan/Senam Nifas

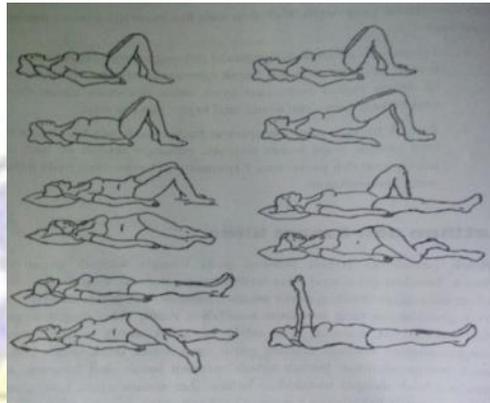
Menurut Saleha, (2009:75-76), setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. Untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut:

1) Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal, karena hal ini akan membuat ibu merasa kuat dan ini juga menjadikan otot perutnya menjadi kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.

2) Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.

(a) Dengan tidur telentang dan lengan disamping, tarik otot perut selagi menarik nafas, tahan napas dalam,

angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1-5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.



Gambar 2.10  
Senam Nifas

Sumber : Siti Saleha, 2009:76

- (b) Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukanlah latihan Keagel.
- (c) Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan pinggul, tahan sampai 5 hitungan. Relaksasi otot dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- (d) Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

### 2.3.8 Kunjungan Masa Nifas

Menurut Kumalasari,(2015: 164-165). Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, serta mengurangi masalah yang terjadi, yaitu sebagai berikut.

Tabel : 2.5  
Kunjungan nifas

No	Kunjungan Nifas	Tahapan Masa Nifas
1.	Kunjungan 6-8 jam postpartum	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>b. Pemantauan keadaan umum ibu</li> <li>c. Pemantauan keadaan umum</li> <li>d. ASI Eksklusif</li> <li>e. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (<i>bonding attachment</i>)</li> </ul>
2.	Kunjungan 6 Hari	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memastikan involusi dibawah umbilikus</li> <li>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan</li> <li>c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang Memastikan ibu cukup mendapat makanan bergizi</li> <li>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik</li> <li>e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.</li> </ul>
3.	Kunjungan 6 Minggu	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.</li> <li>b. Memberikan konseling</li> </ul>

		untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami ibu dan bayi.
--	--	---

Sumber : syafrudin,2009:345

### 2.3.9 Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

Menurut Maritalia, (2014:57-66) penyulit dan komplikasi masa nifas yaitu :

#### 1. Infeksi Nifas

##### a. Definisi

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas. Mikroorganisme penyebab infeksi nifas dapat berasal dari eksogen atau endogen. Beberapa mikroorganisme yang sering menyebabkan infeksi nifas adalah streptococcus, bacil coli dan staphylococcus.

##### b. Macam-macam infeksi nifas

###### (1) Endometritis

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

dan dalam waktu singkat dapat menyebar ke seluruh endometrium.

(2) Peritonitis

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

(3) Mastitis

Mastitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara atau mammae. Dalam masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan pada mammae, terutama pada primipara. Penyebab infeksi ini adalah staphylococcus aureus. Tanda-tanda ibu yang mengalami mastitis adalah rasapanas dingin disertai dengan peningkatan suhu tubuh, lesu dan tidak nafsu makan, mammae membesar dan nyeri lokal, kulit merah, membengkak dan nyeri pada perabaan. Jika tidak segera ditangani dapat menjadi abses.

(4) Thrombophlebitis

Thrombophlebitis adalah penjarangan infeksi melalui vena. Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya

mikroorganisme patogen. Trombophlebitis sering menyebabkan kematian karena mikroorganisme dapat dengan mudah dan cepat menjalar ke seluruh tubuh melalui sistem peredaran darah dan menyebabkan infeksi pada organ tertentu.

#### (5) Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum adalah perdarahan yang terjadi pada jalan lahir yang volumenya lebih dari 500 ml dan berlangsung dalam 24 jam setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya, perdarahan post partum dibagi menjadi 2 tahap, yaitu :

- (a) Post partum lanjut (Early post partum) atau disebut juga perdarahan post partum primer, yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir.
- (b) Post partum lanjut (Late post partum) disebut juga perdarahan post partum sekunder, yang terjadi setelah 24 jam pertama setelah bayi lahir. Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain:

##### (1) Atonia uteri

Adalah suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan.

(2) Retensio plasenta

Adalah suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir.

(3) Inversio uteri

Adalah suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri.

(4) Robekan jalan lahir

Merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara disengaja (episiotomi) atau tidak disengaja.

Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Sisa plasenta mengakibatkan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus tidak dapat berkontraksi/terjepit dengan sempurna.

### 2.3.10 Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan Post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir ( Prawirohardjo, 2009:299).  
Menurut waktu terjadinya di bagi atas 2 bagian
2. Predarahan post partum primer (*Early Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
3. Predarahan post partum *sekunde* (*LatePost Partum Hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Yudiana W, 2016:321).

Perdarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya dinegara berkembang.

Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah :

- a) Grandemultipara
- b) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
- c) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan : pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa.  
( Manuaba, 2009: 103).

#### 4. Sub-Involusi Uterus (Pengecilan Rahim Yang Terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut Sub-Involusi (Yudiana W. 2016:98).

Faktor penyebab Sub-involusi antara lain : sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2009:64).

Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan.

#### 5. Infeksi pada masa nifas

Infeksi pada masa nifas atau sepsis *puerperalis* adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (*rupture membran*) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut : nyeri pelvik, demam  $38.5^{\circ}\text{C}$  atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus (Suherni dkk, 2009 : 132).

#### 6. Keadaan abnormal pada payudara

a) Bendungan ASI : disebabkan oleh penyumbatan saluran ASI.

Keluhan mammae bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.

#### b) Mastitis dan *Abses Mamae*

Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada *mamae*, pematatan *mamae* dan terjadi perubahan warna kulit *mamae* (Haryani, 2010: 108).

### 2.3.11 Cara Menyusui Yang Benar

Menurut Marmi (2015:58-62)

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu memperkuat reflek menghisap bayi.

#### **Posisi**

1. Posisi madona atau menggendong : bayi berbaring menghadap ibu, leher dan punggung atas bayi diletakan pada lengan bawah lateral payudara. Ibu menggunakan tangan lainnya untuk memegang payudara jika diperlukan.
2. Posisi football atau mengepit : bayi berbaring atau punggung melingkar antara lengan dan samping dad ibu. Lengan bawah dan lengan ibu menyangga bayi, dan ia menggunakan tangan sebelahnya untuk menyangga payudara jika diperlukan.
3. posisi berbaring miring : ibu dan bayi berbaring miring saling berhadapan. Posisi ini merupakan posisi yang paling aman bagi ibu yang mengalami penyembuhan dari proses persalinan melalui pembedahan.

## **Tahap tata laksana menyusui**

### **1. Posisi badan ibu dan badan bayi**

- a. Ibu harus duduk atau berbaring dengan santai
- b. Pegang bayi pada belakang bahunya, tidak pada dasar kepala
- c. Putar seluruh badan bayi sehingga menghadap keibu
- d. Rapatkan dada bayi dengan dada ibu atau bagian bawah payudara ibu
- e. Tempelkan dagu bayi pada payudara ibu
- f. Dengan posisi ini maka telinga bayi akan berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi
- g. Jauhkan hidung bayi dari payudara ibu dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu bagian dalam

### **2. Posisi mulut bayi dan puting susu ibu**

- a. Keluarkan ASI sedikit oleskan pada puting susu dan areola
- b. pegang payudara sengan pegangan seperti membentuk huruf Y yaitu payudara dipegang dengan ibu jari dibagian atas dan jari yang lain menopang dibawah atau dengan pegangan seperti gunting (puting susu dan areola dijepit oleh jari telunjuk dan jari tengah seperti gunting) dibelakang areola
- c. Sentuh pipi atau bibir bayi untuk merangsang rooting refleks (refleks menghisap)
- d. Tunggu sampai mulut bayi terbuka lebar, dan lidah menjulur kebawah

- e. Dengan cepat dekatkan bayi kepayudara ibu dengan menekan bahu belakang bayi bukan belakang kepala
- f. Posisikan puting susu diatas bibir atas bayi dan berhadapan dengan hidung bayi.
- g. Kemudian arahkan puting susu keatas menyusuri langit-langit mulut bayi.
- h. Usahakan sebagian besar areola masuk kemulut bayi, sehingga puting susu berada diantara pertemuan langit-langit yang keras (palatum durum) dan langit-langit yang lunak (palatum molle).
- i. Lidah bayi akan menekan dinding bawah payudara dengan gerakan memerah sehingga ASI akan keluar
- j. Setelah bayi menyusu atau menghisap dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau disangga lahi
- k. Beberapa ibu sering meletakkan jarinya pada payudara dengan hidung bayi dengan maksud untuk memudahkan bayi bernafas. Hal ini tidak perlu karena hidung bayi telah dijauhkan dari payudara dengan cara menekan pantat bayi dengan lengan ibu.
- l. Dianjurkan tangan ibu yang bebas untuk mengelus-ngelus bayi.

#### **Tanda-Tanda Posisi Bayi Menyusu Dengan Baik**

1. Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubu ibu
2. Dagu bayi menempel pada payudara ibu
3. Dada bayi menempel pada dada ibu yang berada didasar payudara (payudara bagian bawah)

4. Telinga bayi berada dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi
5. Mulut bayi terbuka lebar dengan bibir bawah yang terbuka
6. Hidung bayi mendekati kadang-kadang menyentuh payudara ibu
7. Mulut bayi mencakup sebanyak mungkin areola (tidak hanya puting saja), sehingga sebagian besar areola tidak tampak
8. Lidah bayi menopang puting susu dan areola bagian bawah
9. Bibir bawah bayi melengkung keluar
10. Bayi menghisap kuat dan dalam secara perlahan dan kadang-kadang disertai berhenti sesaat
11. Terkadang terdengar suara bayi menelan
12. Bayi puas dan tenang pada akhir menyusui
13. Puting susu tidak terasa sakit atau lecet

#### **Menciptakan Praktek Menyusui Yang Baik**

1. Posisi yang benar
2. Perlekatan harus benar
3. Tidak diberi botol atau empeng
4. Menghisap sesering mungkin meningkatkan produksi ASI
5. Perlihatkan cara menyusui yang efektif.

#### **2.3.12 Perawatan Payudara**

Menurut Prawirohardjo,(2008)

Bidan dapat mengajarkan kepada ibu bagaimana cara merawat payudara dan perawatan tersebut dapat dilakukan oleh ibunya sendiri,

ibu dapat melakukan perawatan payudara selama menyusui dengan cara sebagai berikut :

1. Ibu dapat mengatur ulang posisi menyusui jika mengalami kesulitan.
2. Ibu mengeringkan payudara setelah menyusui, untuk mencegah lecet dan retak oleskan sedikit ASI keputing, keringkan dulu sebelum menggunakan menggunakan pakaian. Lecet dan retak pada puting susu tidak bahaya.
3. Jika ibu mngalami mastitis/tersumbatnya saluran ASI anjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI.
4. Tanda dan gejala bahaya dalam menyusui yaitu diantaranya adalah bintik/garis merah panas pada payudara, traba gumpalan/bengkak pada payudara, demam ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) (JNPK-KR, 2007).

Berkaitan dengan ASI, bidan memiliki tugas utama diantaranya seperti memberdayakan perawatan payudara, cara menyusui, merawat tali pusat dan memandiakn bayi. Serta mengatasi masalah laktasi dan memantau keadaan ibu bayi (JNPK-KR, 2007). Kedua mammae harus sudah dirawat selama kehamilan, Areola mammae dan puting susu dicuci dengan menggunakan sabun dan diberi minyak atau cream, agar tetap lemas, jangan sampai menjadi lecet atau pecah-pecah. Sebelum menyusui mammae harus dalam keadaan lemas (*massase*), dan juga bersih (Rukiyah dkk,2010:29-30).

## 2.4 KONSEP BAYI BARU LAHIR

### 2.4.1. Pengertian bayi baru lahir

Neonatus adalah di mana masa kehidupan pertama kali di luar rahim sampai dengan usia 0-28 hari, dimana terjadi perubahan yang sangat besar dalam kehidupan di dalam rahim menjadi di luar rahim. Pada masa ini terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem. Neonatus mengalami masa perubahan dari kehidupan di dalam rahim yang serba ketergantungan pada ibu menjadi kehidupan diluar rahim yang serba mandiri. Masa perubahan yang paling besar terjadi selama jam ke 24-72 pertama (Sukarni, dkk, 2013:277).

Neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma lahir serta harus dapat menyesuaikan diri dari lingkungan kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat lahir normal 2.500-4.000 gram (Dewi, 2011: 1)

Dari pengertian di atas dapat di simpulkan bahwa,neonatus adalah bayi baru lahir normal dari umur kehamilan mulai dari 37-42 minggu dan berat lahir normal dari 2.500-4000 gram yang dapat hidup pertama kali di luar rahim sampai usia dengan usia 28 hari,dimana terjadi perubahan dari kehidupan di dalam

rahim yang biasanya serba ketergantungan, dan di luar rahim dengan cara mandiri.

#### **2.4.2 PROSES BAYI BARU LAHIR**

Beberapa saat dan beberapa jam pertama kehidupan ekstrauteri adalah salah satu mekanisme yang mana paling dinamis dari seluruh siklus pada kehidupan. Bayi baru lahir berpindah dari ketergantungan total ke kemandirian fisiologis. Proses perubahan yang rumit disebut dengan periode transisi, yaitu periode yang dimulai ketika bayi keluar dari tubuh ibu dan berlanjut selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu (Marmi, dkk, 2012:6). Periode transisi dibagi menjadi 3 periode yaitu :

1. Periode reaktivitas ( the first period of reactivity)

Di mulai pada persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas. Warna kulit sementara terlihat sianosis dan akrosianosis. Selama periode mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi langsung menangis, terkejut, atau terpaku. Membiarkan ibu untuk memegang bayi pada masa pengenalan (IMD), beberapa bayi akan disusui pada masa periode ini. Bayi akan sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara usus pada umumnya terdengar setelah

usia 30 menit. Bunyi usus menandakan bahwa sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran tidak menandakan kehadiran gerak peristaltic bahwa hanya anus dalam keadaan baik.

Dengan jelas dengan dapat dilihat secara karakteristiknya yaitu :

- a. Tanda-tanda vital
  - b. Warna
  - c. Bising usus ada atau tidak
  - d. Tangisan kuat/tidak, dan reflek (Marmi, 2012:6)
2. Fase tidur (period of unresponsive sleep)

Pada tahap periode tidur ini berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam pascapersalinan. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus akan muncul tetapi berkurang. Dan jika memungkinkan keadaan bayi sedang tidur dan jangan untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir dan jangan memandikannya, berikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan dirinya dari proses persalinan dan periode transisi dari luar uterin.

3. Periode reaktivitas II (the second period of reactivity) 1 transisi ke 3

Periode ini berlangsung selama 2 jam sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna

kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi dengan ketergantungan pada aktivitasnya. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan awal sangat penting karena untuk mencegah terjadinya hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan mencegah penyakit kuning (ikterus). Pemberian makan juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarah pada pembentukan vitamin K oleh traktus-intestinal. Neonatus mungkin akan bereaksi terhadap makanan pertamanya dengan cara memuntahkan susu bersama lendir. Setiap lendir yang terdapat pada pemberian makanan awal dapat berpengaruh pada kecukupan pemberian makanan, terutama jika lendir berlebihan. Setelah pemberian makan bayi dapat disendawakan.

Setiap mucus/lendir yang ada selama pemberian awal makan akan mengganggu pemberian makan pada neonatus, khususnya jika lendir yang terdapat berlebihan maka akan terjadi masalah besar misalnya, tersedak, tercekik, dan batuk.

Fisiologi neonatus adalah ilmu yang mempelajari tentang fungsi dan proses vital pada neonatus. Diantaranya adalah :

a) Sistem pernafasan

Masa yang paling kritis adalah dimana ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernafasan yang

pertama kali. Dan proses pernafasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi telah dipersiapkan sejak lama. Perkembangan sistem pulnomer terjadi sejak masa embrio. Keadaan yang mempercepat proses maturitas paru-paru adalah:

Toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, dan KPD. Kelima keadaan di atas dapat mengakibatkan stres 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 lebih kecil paru-parunya belum matur.

Selama di uterus janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui placenta, setelah bayi lahir pertukaran gas terjadi pada paru-paru (setelah tali pusat dipotong). Rangsangan untuk gerakan pernafasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya :

- (a) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir

- (b) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbon dioksida merangsang komoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
- (c) Rangsangan dingin didaerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik).

Tekanan pada toraks yang tinggi akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Setelah beberapa kali bernafas, maka udara dari luar mulai mengisi ruang jalan nafas pada trakea dan bronkus, hasilnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat (Marmi, dkk. 2012:14-16).

#### 4. Perubahan sirkulasi

Aliran darah akan berensi saat tali pusat mulai diklem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen keplasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya. Sirkulasi janin memiliki karakteristik sirkulasi bertekanan darah. Karena paru-paru adalah organ tertutup yang berisi cairan, maka paru-paru memerlukan aliran darah yang minimal. Sebaigian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru-paru mengalir melalui lubang atrium kanan dan

atrium kiri, yang disebut dengan foramen ovale. Darah yang kaya akan oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus.

Karena tali pusat di klem, sistem pertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi, dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi setelah tali pusat di klem adalah peningkatan pembuluh darah sistemik (Marmi, dkk. 2012:17-18).

#### 5. Saluran pencernaan

Pada masa neonatus saluran pencernaan relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada masa neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida yang disebut mekonium. Pada neonatus biasanya mengeluarkan tinja pertama dalam waktu 24 jam. Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai tergantikan oleh tinja tradisional pada hari ketiga sampai hari keempat yang berwarna kehijauan. Adaptasi pada saluran pencernaan adalah :

- a. Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100 cc
- b. Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida

- c. Defisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir
- d. Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi  $\pm 2-3$  bulan.

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 bbl dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu 30cc untuk seorang BBL dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat sesuai dengan pertumbuhannya (Marmi, dkk. 2012:20-22).

- e. Metabolisme

Luas permukaan neonatus relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal kg/bb akan lebih besar. Setelah mendapatkan susu setelah hari ke-6 pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% dari lemak 40% dari karbohidrat.

Energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/100ml.

Perubahan glukosa menjadi glikogen akan meningkat atau terjadi gangguan pada metabolisme asam lemak yang tidak memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi akan mengalami hipoglikemi. Koreksi penurunan guladarah akan dilakukan dengan tiga cara yaitu:

- 1) Melalui penggunaan ASI (BBL seharusnya di dorong untuk diberikan ASI secepat mungkin setelah lahir)
- 2) Melalui penggunaan cadangan glikogen (glikogenesis)
- 3) Pembuatan glukosa dari sumberlain misalnya lemak (glukoneogenesis)

Gejala-gejala hipoglikemia bisa tidak jelas dan tidak khas meliputi : kejang-kejang halus, apnea, menangis lemah, latargi, lunglai, dan menolak makan.

- a) Perubahan suhu tubuh (panas)

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Karena suhu di dalam uterus berfluktuasi (naik turunnya) rentan maksimal hanya 0,6 derajat C dari pada suhu orang dewasa. Tiga faktor yang paling berperan dalam tubuh bayi yaitu :

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

- (3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi panas dan menyimpannya.

Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas. Pembentukan suhu tanpa menggigil yaitu dengan menggunakan lemak coklat yang terdapat di seluruh tubuh, dan mampu meningkatkan tubuh hingga 100%. Suhu tubuh normal neonatus yaitu 36,5-37,5 derajat C mengukur melalui aksila atau rektum, jika nilainya di bawah 36,5 derajat C maka bayi mengalami hipotermi. Empat mekanisme yang mempengaruhi terjadinya kehilangan panas yaitu :

(a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda disekitar yang kontak langsung dengan tubuh bayi. Ex : menimbang bayi dengan tanpa alas.

(b) Konveksi

Panas yang hilang dari bayi keudara sekitas yang sedang bergerak. Ex : menempatkan bayi di dekat jendela/dengan kipas angin

(c) Radiasi

Panas di pancarkan dari bayi keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin. Ex : membiarkan bayi didalam ruangan yang ber AC.

(d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan ketergantungan kepada kecepatan dan kelembapan udara. Ex : tempat yang lembab dan ruangan yang terbuka.

Untuk mengurangi kehilangan panas dapat ditanggulangi dengan mengatur suhu lingkungan, membungkus badan bayi dengan kain hangat, disimpan di tempat tidur yang lingkuungannya hangat menyelimuti bayi, bersihkan bayi dengan seksama, menutup bagian kepala bayi dengan topi. Akibat dari suhu tubuh yang rendah yaitu metabolisme jaringan akan meningkat dan berakibat lebih mudah terjadi asisdosis metabolik berat sehingga kebutuhan oksigen akan meningkat. Hipotermi pada neonatus akan mengakibatkan hipoglikemia. Produksi panas ini akan dilakukan dengan cara melakukan pembakaran lemak cadangan yaitu lemak

coklat(brown fat) yang di berikan lebih banyak energi dari pada lemak biasa. Brown fat pada neonatus terdapat pada : Antara scapula, sekitar otot dan pembuluh darah leher, pelipatan lengan atas (axila), antara mediastinum dan oesophagus, sekitar ginjal dan kelenjar adrenal. (Marmi, dkk. 2012:24-28).

f. Keseimbangan cairan dan fungsi ginjal

Tubuh neonatus mengandung relatif lebih banyak air dan kadar natrium yang relatif lebih besar dari pada kalium. Karena ruang ekstra seluler lebih 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 pada neonatus relatif kurang bila di bandingkan dengan orang dewasa

g. Imunologi

Pada neonatus tidak terdapat sel plasma pada sum-sum tulang, lamina propria ileum serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress aminologin. Pada BBL hanya ada gama globin G, sehingga imunologi dari sang ibu dapat melalui plasenta

karena berat molekulnya kecil. Pembentukan sel plasma dan antibodi gamma A, G dan gamma M, Ig gamma A telah di bentuk pada kehamilan dua bulan dan ditemukan pada sesudah bayi dilahirkan. Imuglobin gamma A ditemukan pada kehamilan 5 bulan, produksi imoglobin gama M telah meningkat setelah bayi dilahirkan, berikut beberapa contoh kekebalan alami :

- 1) Perlindungan dari membran mukosa
- 2) Fungsi saringan saluran nafas
- 3) Pembentukan koloni mikroba dii kulit

h. Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

Kekebalan alami juga di timbulkan oleh sel darah yang membantu BBL membunuh mikroorganise asing, tetapi sel-sel darah masih belum matang artinya bayi tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh.

i. Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukan suatu zat dalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral. Pada daerah resiko tinggi infeksi tuberkulosis, imunisasi BCG harus diberikan

pada bayi segera setelah lahir. Pemberian dosis pertama tetesan polio dianjurkan pada bayi segera setelah lahir, atau pada umur 2 minggu. Maksud pemberian imunisasi polio secara dini adalah untuk meningkatkan perlindungan awal. Imunisasi hepatitis B sudah merupakan program nasional, meskipun pelaksanaannya dilakukan secara bertahap. Pada daerah resiko tinggi, pemberian imunisasi hepatitis B di anjurkan pada bayi segera setelah lahir (Marmi, dkk, 2012:35).

#### **2.4.3 Penilaian Bayi Baru Lahir**

Menurut Prawirohardjo (2007), keadaan umum bayi dinilai satu menit setelah lahir dengan menggunakan APGAR. Penilaian ini diperlakukan untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang dinilai adalah frekuensi jantung (heart rate), usaha nafas (respiratory effort), tonus otot (muscle tone), warna kulit (colour), dan reaksi terhadap rangsangan (response to stimuli). Setiap penilaian diberi angka 0, 1, dan 2. Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi normal (nilai APGAR 7-10), asfiksia sedang-ringan (nilai APGAR 4-6), atau bayi asfiksia berat (nilai APGAR 0-3).

Apabila nilai APGAR kurang dari 7 maka penilaian tambahan masih diperlukan yaitu 5 menit sampai 20 menit atau sampai dua kali penilaian menunjukkan nilai 8 atau lebih. Penilaian untuk melakukan

resusitasi semata-mata ditentukan oleh tiga tanda penting yaitu pernapasan, denyut jantung, dan warna kulit. Resusitasi yang efektif bertujuan memberikan ventilasi yang adekuat, pemberian oksigen, dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen ke otak, jantung, dan alat vital lainnya (Novita, 2011).

Tabel 2.6  
penilaian APGAR score

	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Seluruh badan biru / pucat.	Warna kulit tubuh kemerahan, tetapi tangan dan kaki kebiruan.	Seluruh tubuh kemerahan. Tidak ada sianosis.
Pulse rate (frekuensi nadi)	Tidak ada	< 100 kali permenit	>100 kali permenit
Grimace (respon reflek)	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Meringis atau menangis lemah ketika di stimulasi	Meringis, batuk, atau bersin saat di stimulasi saluran nafas.
Activity (tonus otot)	Lemah atau tidak ada	Sedikit gerakan	Bergerak aktif
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah atau tidak tertur	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur.

Sumber : *American Academy of Pedatric*. 2010:23

#### 2.4.4 Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

##### 1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapat dari perubahan karbohidrat.

Pada hari kedua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi,2012:199).

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan

pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.13 sebagai berikut :

Tabel 2.7

## Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

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

Sumber : Saifuddin, Abdul Bari, 2009: 380

## 2. Eliminasi

pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2012:314). Feses pertama ini berwarna hijau kehijauan, 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 dan Cooper, 2009:711). Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan

cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (*Fraser et all*, 2009:711).

### 3. Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari (Walsh, 2007:378).

### 4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya dapat dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka keudara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus ganti beberapa kali sehari ketika basah (*Walsh*, 2007:377-378).

### 5. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ni terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2008:137). Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit perhari sampai sebanya-banyaknya 2 jam perhari,, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk

menangis adalah lapar, ketidak nyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007:378).

#### 6. Psikososial

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

#### 2.4.5 Tanda Bahaya BBL

Menurut Maryunani (2014:150-151) tanda-tanda atau gejala yang harus diwaspadai adalah :

1. Tidak mau minum atau menyusui
2. Bergerak hanya jika dirangsang atau *latergis*.
3. Frekwensi nafas  $\leq 30x/$  menit dan  $\geq 60x/$ menit
4. Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat
5. Merintih
6. Keluar nanah dari mata
7. Pusat kemerahan meluas kedinding perut.

#### 2.4.6 Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

1. Perawatan tali pusat
2. Pemberian ASI
3. Jaga kehangatan bayi
4. Tanda-tanda bahaya
5. Imunisasi
6. Perawatan harian atau rutin
7. Pencegahan infeksi dan kecelakaan.

(Marmi, 2012:355).



### 2..4.7 Jadwal Imunisasi

Tabel : 2.8

Keterangan Jadwal Imunisasi Berdasarkan Usia Pemberian

Umur	Vaksin	Keterangan
Saatlahir	Hepatitis B-1	HB-1 harus diberikan dalam waktu 24 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1-6 bulan
	Polio -0	Polio-0 diberikan pada saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RB/RS, polio diberikan pada saat bayi di pulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin terhadap bayi lain)
1 bulan	Hepatitis B-2	HB-2 diberikan pada umur 1 bulan
0-2 bulan	BCG	BCG dapat diberikan sejak lahir, apabila BCG akan diberikan pada >3 bulan sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu dan BCG diberikan apabila hasilnya negative
2 bulan	DPT -1 Hib-1 Polio-1	Diberikan pada umur lebih dari 6 minggu diberikan mulai umur 2 bulan Dapat diberikan bersama DPT-1
4 bulan	DPT -2 Hib-2 Polio-2	Diberikan secara terpisah Hib-2 dapat dikombinasikan dengan Hib-2 Diberikan bersama dengan DPT-2
6 bulan	DPT -3 Hib-3 Polio-3	Dapat dikombinasikan dengan Hib-3 Diberikan bersama DPT-3
9 bulan	Campak -1	Campak-1 diberikan pada umur 9 bulan, apabila telah mendapat MMR pada masa usia 15 bulan, campak-2 tidak perlu di berikan
15-18 bulan	MMR Hib-4	Apa bila sampai usia 12 bulan belum mendapat imunisasi cacar
18 bulan	DPT-4 Polio-4	Diberikan satu tahun setelah DPT-3 Diberikan bersamaan dengan DPT-4

Sumber : (Marmidkk, 2012:431)

## 2.5 KONSEP DASAR KELUARGA BERENCANA

### 2.5.1 Pengertian keluarga berencana

kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah kehamilan. Kontrasepsi berasal dari dua kata, yaitu kontra dan sepsi yang disatukan menjadi kontrasepsi. Dengan demikian, pengertian metode keluarga berencana adalah mencegah saat terjadinya “konsepsi” (Manuaba, 2011:55)

Menurut UU No.10 tahun 1992 adalah upaya peningkatan dan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

Kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel spermisida. Pemilihan kontrasepsi berdasarkan pada tujuan penggunaan yaitu :

- a. Menunda kehamilan
- b. Menjarangkan kehamilan (mengatur masa subur)
- c. Mengakhiri kesuburan

### 2.5.2 JENIS-JENIS KONTRASEPSI

#### 1. Metode alami tanpa alat

##### a. Metode Amenore Laktasi (MAL)

MAL adalah alat kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI). MAL dapat di jadikan

sebagai alat kontrasepsi bila memenuhi syarat sebagai berikut :

- 1) Menyusui secara penuh lebih efektif bila pemberian ASI sebanyak 6 kali atau lebih dalam waktu 24 jam (Hidayati, 2012)
- 2) Belum menstruasi
- 3) Usia bayi kurang dari 6 bulan ( Hidayati, 2012:2).
- 4) Cara kerja

Menurut Hidayati (2012:4) kontrasepsi prolaktin meningkat sebagai respons terhadap stimulus pengisapan berulang ketika menyusui. Dengan intensitas dan frekuensi yang cukup, kadar prolaktin akan tetap tinggi. Hormon prolaktin yang merangsang produksi ASI juga mengurangi kadar hormon LH yang diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi. Kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitif terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar estrogen yang rendah dan an-ovulasi. Bahkan pada saat aktivitas ovarium mulai pulih kembali, kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan fase luteal yang mengakibatkan

singkat dan fertilitas menurun.maka dari itu inti dari cara kerja MAL adalah dengan penundaan atau penekanan ovulasi.

5) keuntungan

- a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan)
- b) Segera efektif
- c) Tidak mengganggu senggama
- d) tidak ada efek samping secara sistemik
- e) tidak perlu pengawasan medis
- f) Tidak perlu obat atau alat
- g) Tanpa biaya.

6) kerugian

- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam waktu 30 menit pasca persalinan
- b) Mungkin sulit di laksanakan karena kondisi sosial
- c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya menstruasi atau sampai dengan 6 bulan. Hanya wanita amenore yang memberikan ASInya secara eksklusif dengan interval teratur, termasuk pada waktu malam hari, yang selama 6 bulan pertama mendapatkan perlindungan kontraseptif sama

dengan perlindungan yang di berikan oleh kontrasepsi oral. Dengan munculnya menstruasi atau setelah 6 bulan, resiko ovulasi meningkat.

d) tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS).

7) Indikasi

a) ibu yang menyusui secara eksklusif

b) bayinya berusia kurang dari 6 bulan

c) belum mendapat menstruasi setelah melahirkan

d) tetap menganjurkan ibu untuk memilih metode kontrasepsi yang lain nya bila iibu sudah mendapatkan menstruasi dengan tetap melanjutkan ASI.

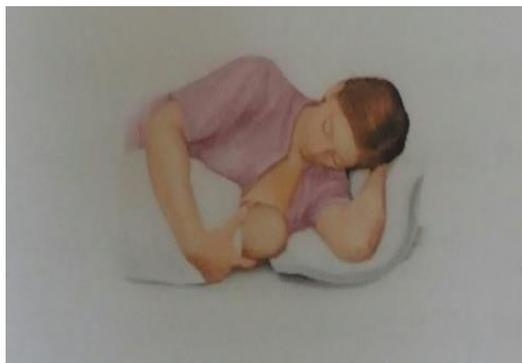
8) kontraindikasi

a) Sudah mendapat menstruasi setelah persalinan

b) Tidak menyusui secara eksklusif

c) Bayinya sudah berumur 6 bulan lebih

d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lebih lama dari 6 jam (Hidayati, 2012: 8).



Gambar : 2.11

MAL

Sumber : *Wash et al,2012:101*

b. Koitus interruptus (senggama terputus)

Prinsip dari metode ini adalah pengeluaran penis (kemaluan pria) menjelang ejakulasi sehingga spermatozoa ditumpahkan diluar liang senggama. Metode ini kurang efektif karena sering terjadi keterlambatan menarik, terjadi ejakulasi ringan sehingga spermatozoa sudah keluar dan dapat menimbulkan kehamilan. Tingkat kehamilan tinggi 17-25%.

2. Metode Dengan Alat

a. Kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang bisa melindungi pemakaian dari penyakit menular seksual misalnya (AIDS), Dan dapat mencegah perubahan prekanker tertentu pada sel-sel leher rahim, ada kondom yang ujungnya memiliki penampung semen, jika tidak ada penampung semennya, maka sebaiknya

kondom disisakan sekitar 1cm di depan penis. Kondom harus dilepas secara perlahan karena jika semen tumpah maka sperma bisa masuk ke vagina sehingga terjadi kehamilan (Sukarni, dkk, 2013:369). Untuk menambah efektivitas pemakaian kondom bisa ditambah spermisida (biasanya terkandung didalam pelumas kondom atau dimasukan secara terpisah kedalam vagina).

Kondom wanita merupakan alat kontrasepsi penghalang yang dipasang di vagina dengan bantuan sebuah cincin.



Gambar : 2.12

Alat kontrasepsi kondom

Sumber : Affandi, 2009 : 18

#### b. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR/IUD)

IUD adalah alat kecil yang terdiri dari bahan plastik yang lentur yang dimasukan kedalam rongga rahim, yang harus diganti jika sudah digunakan selama

periode tertentu. IUD merupakan kontrasepsi secara jangka panjang. Nama populernya adalah spiral.

Jenis-jenis IUD di Indonesia:

1) Coppe-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelene dimana pada bagian verticalnya diberi lilitan kawat tembaga halus.

2) Copper-7

Berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan.

3) Multi load

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

4) Lippes loop

Berbentuk dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung.

(a) Cara kerja

(1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

(2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum mencapai kavum uteri

(3) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD

membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.

(b) Efektifitas

IUD sangat efektif ( 92-92%) dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Tipe multiload dapat dipakai selama sampai 4 tahun, nova T dan copper T 200 (Cut-T 200) dapat dipakai 3-5 tahun, cut T 380 dapat untuk 8 tahun, kegagalan rata-rata 0.8 kehamilan per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian.

(c) Indikasi

Menurut Handayani, 2010:

- (1) Usia reproduksi
- (2) Keadaan nulipara
- (3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- (4) Perempuan menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
- (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- (6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- (7) Resiko rendah dari IMS

- (8) Tidak menghendaki metoda hormonal
- (9) Tidak menyukai mengingat-ingat seperti minum pil
- (10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Kumalasari, 2015:306).

(d) Kontraindikasi

- (1) Belum pernah melahirkan
- (2) Adanya perkiraan hamil
- (3) Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti : perdarahan yang tidak normal dari alat kemaluan, perdarahan dileher rahim, dan kanker rahim.
- (4) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
- (5) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servicitis)
- (6) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau ering menderita abortus
- (7) Kelainan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi cavum uteri
- (8) Penyakit trofoblas yang panas
- (9) Diketahui menderita TBC pelvis
- (10) Kanker alat genital

(11) Ukuran rongga rahim kurang dari 5cm.

(Saifuddin, 2013:77).

(e) Keuntungan

- (1) Efektif dengan segera
- (2) Tidak ada interaksi obat
- (3) Reversible dan sangat efektif
- (4) Tidak terkait dengan koitus.

(f) Kerugian

Setelah pemasangan mungkin ibu akan merasakan nyeri bagian perut dan perdarahan sedikit-sedikit. Oni bisa berjalan hingga 3 bulan setelah pemasangan. Tetapi tidak perlu di risaukan karena setelah 3 bulan semua akan hilang. Dan jika tidak akan hilang lebih dari 3 bulan maka segeralah periksa ke tenaga medis. Pada saat pemasangan tidak perlu tegang karena akan menimbulkan rasa sakit pada perut, dan harus segera ke klinik jika :

- (1) Mengalami keterlambatan datang bulan, yang disertai tanda kehamilan, mual pusing, muntah-muntah.
- (2) Terjadi perdarahan lebih banyak, dari haid biasanya

(3) Sakit, misalnya di perut pada saat melakukan senggama.

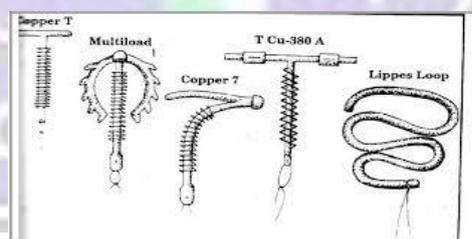
(g)Efek samping dan komplikasi

(1) Efek samping umum terjadi:

Perubahan siklus haid, haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi dan saat haid lebih sakit.

(2) Komplikasi

Merasa sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang jika pemasangan benar) (Sukarni, dkk, 2013:370-375).



Gambar 3; Jenis alat Kontrasepsi AKDR

Gambar 2.13  
Alat Kontrasepsi IUD

Sumber :  
<http://www.google.co.id/macam+macam+kontrasepsi+iud&clien.com>

### 3. Kontrasepsi Hormonal

#### a. Pil

Pil kontrasepsi mencakup pil kombinasi yang berisi hormone esterogen dan progesterone yang biasa di sebut dengan pil, sedangkan yang hanya berisi progestin disebut dengan ‘mini pil’.

##### 1) Pil kombinasi

Berisi esterogen dan progesteron, pil ini mencegah kehamilan dengan cara :

- a) Menghambat ovulasi
- b) Membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi
- c) Membuat serviks tidak dapat ditembus oleh sperma.

Pil kombinasi 99% efektif mencegah kehamilan jika pada pemakain yang kurang seksama eektivitasnya masih mencapai 93%.

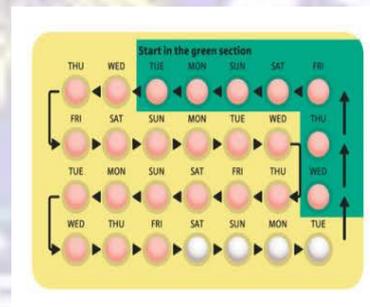
##### (1) Kerugian

Dapat mengurangi ASI/menghambat produksi ASI (Maryunani, 2016:551). Harus diminum pil secara teratur, dalam waktu panjang dapat menekan fungsi ovarium, penyulit ringan (berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual

sampai muntah), mempengaruhi fungsi hati dan ginjal (Manuaba, 2010:599).

(2) Keuntungan

- (a) Dapat diandalkan dan reversible
- (b) Meredakan dismenorea dan minorargi
- (c) Mengurangi resiko anemia
- (d) Mengurangi resiko penyakit payudara jinak
- (e) Meredakan gejala pramenstruasi
- (f) Kehamilan ektopik lebih sedikit
- (g) Menurunkan kista ovarium
- (h) Penyakit radang panggul lebih sedikit
- (i) Melindungi terhadap kanker endometrium dan ovarium.



Gambar : 2. 14  
PIL Kombinasi  
Sumber : Wash et all,2012:106

## 2) Kontrasepsi pil progestin

Mini pil adalah metode kontrasepsi yang mengandung hormon steroid (progesteron sintesis saja) yang di gunakan pil per oral.

### a) Cara kerja

### b) Menekan ovulasi

Pencegahan ovulasi disebabkan gangguan pada sekresi luteinizing hormone (LH) oleh kelenjar hipofise, sehingga tidak terjadi puncak mid-siklus (pada keadaan normal terjadi puncak sekresi LH di pertengahan siklus dan ini menyebabkan pelepasan ovum dari folikelnya).

### c) Mencegah implantasi

Mini pil terdapat mengganggu perkembangan siklus endometrium dan berada dalam fase yang salah atau menunjukkan ketidakaturan atau atrofis, sehingga endometrium tidak dapat menerima ovum yang telah di buahi.

### d) Mengentalkan lendir serviks

Progestin mencegah penipisan lendir serviks pada pertengahan siklus, sehingga lendir serviks, tetap kental dan sedikit, tidak memungkinkan spermatozoa untuk penetrasi.

e) Mengubah motilitas tuba

Transpor ovum melalui saluran tuba mungkin di percepat, sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya fertilisasi.

Jenis kontrasepsi pil progestin

(1) Kemasan dengan isi 35 pil : 300 gr levonorgestrel atau 350 g noretindron.

(2) Kemasan dengan isi 28 pil : 75g norgestrel.

3) Keuntungan

a) Sangat efektif ( 98,5% )

Angka kegagalan antara 1,1-9 per 100 wanita pada tahun pertama penggunaan.

b) Tidak mempengaruhi ASI

Minipil tidak mempengaruhi kuantitas atau jangka waktu laktasi, serta tidak mempengaruhi kesehatan atau pertumbuhan bayi.

c) Tidak mengganggu hubungan seksual

d) Kesuburan cepat kembali

Setelah akseptor di hentikan pemakaian pil, maka ibu akan segera mendapatkan kehamilan.

f) Dapat di hentikan setiap saat.

### 3) Kerugian

- a) Hampir 30-60% mengalami gangguan menstruasi (perdarahan sela, spotting, amenore).
- b) Peningkatan berat badan
- c) Dipengaruhi oleh aktivitas androgenik levonogestrel yang menyebabkan peningkatan nafsu makan bagi pengguna mini pil.
- d) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama (sebaiknya pada malam hari)
- e) Perubahan pada mukus serviks agar dapat memberikan efek membutuhkan waktu 2-4jam, impermeabilitas menurun pada 22 jam setelah pemberian dan setelah 24 jam, penetrasi sperma benar-benar tidak dipengaruhi, sehingga bila lupa akan menjadi kegagalan yang besar.
- f) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis, dan jerawat.
- g) Aktivitas levonogestrel menurunkan kadar globulin pengikat hormon seks (sex hormone binding globulin-SHBG) di dalam sirkulasi.
- h) Risiko kehamilan ektopik tinggi (4 dari 100 kehamilan).

- i) Perubahan dalam motilitas tuba menyebabkan implantasi ektopik lebih besar.
- j) Tidak melindungi dari PMS
- k) Wanita yang berisiko terhadap PMS, sebaiknya menggunakan metode perintang sebagai proteksi dirinya.

#### 4. Indikasi

- a) Usia reproduksi, baik bagi yang telah memiliki anak atau belum memiliki anak
- b) Pasca persalinan dan menyusui
- c) Pasca keguguran
- d) Hipertensi ( $< 180/110$  mmhg) atau memiliki masalah dengan pembekuan darah.
- e) Tidak boleh menggunakan estrogen.

#### 5. Kontraindikasi

- a) Kehamilan/diduga hamil
- b) Pada kehamilan dini dapat menyebabkan maskulinisasi dari janin perempuan, meskipun mini pil tidak menyebabkan cacat bawaan atau abortus yang mengancam (kecuali pada progestin dosis tinggi)
- c) Perdarahan per vaginam yang belum jelas penyebabnya.

- d) Menggunakan obat tuberkulosis ( rifampisin) atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat)
  - e) Oleh karena sifat obat ini menginduksi hormon Pada kadar levonorgestrel yang menjadi rendah.
  - f) Kanker payudara atau riwayat kanker
  - g) Mioma uteri
  - h) Progestin memicu pertumbuhan mioma uteri
  - i) Riwayat struk
  - j) Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.
6. Cara pemakaian
- a) Minum pil pertama pada hari 1-5 siklus menstruasi
  - b) Minum pil setiap haru pada saat yang sama
  - c) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak menstruasi, mini pil dapat di minum setiap saat. Mini pil dapat di berikan setelah pasca keguguran
  - d) Bila lupa 1 atau 2 pil, minum segera pil yang terlupakan dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan.
  - e) Walau belum menstruasi, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis.

## b. Suntik

Kontrasepsi suntikan adalah salah satu jenis metode kontrasepsi hormonal. Penggunaan alat kontrasepsi suntik seperti depo progestin, merupakan suatu tindakan yang dapat invasif karena menembus pelindung kulit.

Untuk mengurangi risiko timbulnya masalah penyebaran infeksi pada pasien, provider, dan petugas klinik, sebaiknya gunakan jarum dan alat suntik sekali pakai (disposable). (Hidayati, 2012:21).

Efektifitas kontrasepsi suntik adalah antara 99% dan 100% dalam mencegah kehamilan. Kontrasepsi suntik adalah bentuk kontrasepsi yang sangat efektif karena angka kegagalan penggunaan lebih kecil. (Sukarni, dkk, 2012:380).

Tujuan penggunaan alat kontrasepsi adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Serta terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga (Handayani, 2010:29).

### 1. Cara kerja kontrasepsi suntik

Menurut Pinem (2009:98)

#### a. Menghalangi ovulasi (masa subur)

- b. Mengubah lendir serviks (vagina) menjadi kental
- c. Menghambat sperma dan menimbulkan perubahan pada rahim
- d. Mencegah terjadinya pertemuan sel telur dan sel sperma
- e. Mengubah kecepatan transportasi sel sperma

## 2. Keuntungan dan efek samping suntikan

Menurut Saifuddin (2010:89)

### a. Keuntungan

- 1) Efektifitasnya tinggi
- 2) Cara pemberiannya sederhana
- 3) Cukup aman
- 4) Kesuburan dapat kembali
- 5) Cocok bagi ibu-ibu yang sedang menyusui

### a) Efek samping

- 1) Gangguan haid, mual, sakit kepala, penambahan berat badan
- 2) Kadang kala ibu mengeluh gairahnya menurun

### b. Cara pemberian kontrasepsi suntikan

Menurut Saifuddin (2010:89)

#### 1) Waktu pemberian

Setelah melahirkan : hari ke 3-5 pascasalin dan setelah ASI berproduksi.

Setelah keguguran : segera setelah dilakukan kuretase atau 30 hari setelah keguguran (asal ibu belum hamil lagi)

Pada masa haid : hari pertama sampai hari ke 5 masa haid.

a) Lokasi penyuntikan

- (1) Daerah bokong atau pantat
- (2) Daerah otot lengan atas

2) Kontra indikasi

a) Absolut

- (1) Hamil
- (2) Riwayat kanker payudara

b) Relatif

- (1) Riwayat gangguan jiwa
- (2) Riwayat penyakit payudara
- (3) Riwayat sakit kepala

c) Obat injeksi beserta dosis

- (1) Depo provera (3 ml/150 mg atau 1 ml/150 mg) diberikan setiap 3 bulan (12 minggu)
- (2) Noristeran (200 mg) diberikan setiap 2 bulan (8 minggu)

(3) Cyclofem 25 mg medroksi progesteron asetat dan 5 mg esterogen sipionat diberikan setiap bulan (Saifuddin, 2007:99).

d) Jenis-jenis Kb suntik

1) Suntik 1 bulan (kombinasi)

Suntikan kombinasi mengandung hormon esterogen dan progesteron, yang diberikan satu bulan sekali.

a) Keuntungan KB suntik 1 bulan

Diberikan setiap 4 minggu sekali

b) Peserta suntikan cyclofem mendapat menstruasi

c) Pemberian aman, efektif, dan relatif mudah

2) Yang boleh menggunakan suntikan kombinasi

a) Usia reproduksi

b) Telah memiliki anak, ataupun belum memiliki anak

c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi

d) Menyusui ASI pascapersalinan lebih dari 6 bulan

- e) Pascasalinan dan tidak menyusui
  - f) Anemia
  - g) Nyeri haid hebat
  - h) Haid teratur
  - i) Riwayat kehamilan ektopikil
  - j) Sering menggunakan pil kontrasepsi
- 3) Yang tidak boleh menggunakan suntik kombinasi
- a) Hamil atau diduga hamil
  - b) Menyusui dibawah 6 minggu pascasalin
  - c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
  - d) Penyakit hati aku
  - e) Usia lebih dari 35 tahun yang merokok
  - f) Riwaya penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan dara tinnggi (lebih dari 180/110 mmHg)
  - g) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain
  - h) Keganasan payudara
- 4) KB suntik 3 bulan

Depo medroxyprogesteron asetat (DMPA), yang mengandung 150 DMPA, yang diberikan

setiap 3 bulan dengan cara suntikan intramuscular (didalam bokong).

a) Cara kerjanya

(1) Mencegah ovulasi

(2) Mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

(3) Menjadikan lendir servik rahim tipis dan atropi

(4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

b) Efektivitas

Kontrasepsi suntik tersebut mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan/tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai dengan jadwal yang telah di tentukan.

c) Keuntungan

(1) Sangat efektif

(2) Mencegahan kehamilan jangka panjang

- (3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri
- (4) Tidak memiliki pengaruh terhadap produksi ASI
- (5) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
- (6) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- (7) Mencegah radang panggul
- (8) Sedikit efek samping.



Gambar : 2.15  
Suntik progestin

Sumber :

[https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blause\\_0585\\_KB\\_pil](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blause_0585_KB_pil)

#### b. Implan

Kontrasepsi Implan adalah alat kontrasepsi yang diinsersikan tepat dibawah kulit, terdiri dari 6 kapsul *silastik*,

setiap kapsulnya berisi *levonogestrel* sebanyak 36 miligram dengan panjang 3,4 cm dilakukan pada bagian dalam lengan atas atau dibawah siku melalui insisi tunggal dalam bentuk kipas, yang bekerja dalam jangka waktu 5 tahun. Pemasangan implan hanya dilakukan petugas klinik atau orang terlatih secara khusus (dokter, bidan) (Pinem, 2009:98).

#### 1. Jenis-jenis implan

##### a) Norplant :

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun (Saifuddin, 2013:53).

##### b) Implanon

Terdiri dari 1 batang jangka pemasangan 3 tahun

##### c) Jadena dan indoplant

Terdiri dari 2 batang jangka pemasangan 3 tahun

Yang diisikan 75 levonogestrel (Kumalasari, 2015:279).

#### 1) Keuntungan

Dipasang selama lima tahun, kontrol medis ringan, dapat dilayani didaerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi biaya murah (Manuaba, 2010:603).

## 2) Kerugian

- (a) Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur
- (b) Berat badan bertambah
- (c) Menimbulkan akne, ketegangan payudara
- (d) Liang senggama terasa kering (Manuaba, 2010:603).

## 3) Indikasi

- (a) Pemakaian KB yang jangka panjang
- (b) Ingin berkeinginan punya anak lagi
- (c) Tidak dapat memakai jenis kb yang lain

## 4) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau di duga hamil,
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (c) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- (e) Miom uterus dan kanker payudara
- (f) Gangguan toleransi glukosa (Saifuddin, 2013:55).

## 5) Efek samping

- (a) Nyeri atau gejala di tempat pemasangan
- (b) Sakit kepala
- (c) Mual
- (d) Muntah
- (e) Perubahan mood
- (f) Perubahan berat badan
- (g) Jerawat
- (h) Nyeri tekan dan nyeri pada payudara
- (i) Rambut rontok
- (j) Vaginitis



Gambar : 2.16  
KB implan  
Sumber : Mulyani,2013:110

## c. Kontap

**1. Tubektomi**

Tubektomi (Metode Operasi Wanita/MOW) adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat suka rela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi

tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Sulistyawati, 2012:211)

**a. Tujuan tubektomi**

untuk merekomendasikan sterilisasi pada wanita yang beresiko tinggi akan kehamilannya dan melahirkan. Tidak pada wanita yang usanya kurang dari 35 tahun, karen jika yang diseterilkan akan menyesali keputusannya,

ada 4 macam sterilisasi berdasarkan tujuannya :

- 1) Sterilisasi hukumannya
- 2) Sterilisasi eugenik, yaitu untuuk mencegah berkembangnya kelainan mental secara turun menurun
- 3) Sterilisasi medis, yaitu dilakukan berdasarkan indikasi medis demi keselamatan wanita tersebut kerana kehamilan berikutnya dapat membahayakan jiwanya
- 4) Sterilisasi sukarela, yaitu yang bertujuan ganda dari sudut kesehatan, sosial ekonomi, dan kependudukan.

**b) Cara melakukan tubektomi**

## 1) Cara pomeroy

Cara ini dengan dilakukannya pemotongan bagian tengah tuba fallopi

## 2) Cara kroener

Tuba di angkat pada bagian fimbrae dengan klem, buat dua ikatan, lakukan fimbriektomi pada ujung yang tidak diikat.

## 3) Cara madlener

Tuba diangkat pada pertengahan dan klem, bagian bawah klem dan ikat dengan menggunakan benang yang mudah diserap oleh jaringan, klem lepas dan tidak dilakukan pemotongan.

## 4) Cara aldridge

Buat insisi pada bagian peritonium buka sedikit dengan klem tangkap fimbria lalu tancapkan ke dalam atau dibawah ligamentum.

## 5) Cara unchida

Tuba dikaitkan keluar dan di sekitar ampulla tuba di suntikan larutan salin-adrenalin. tuba di ikat dan kemudian di potong

## 6) Cara irving

Tuba diikat pada dua tempat dengan benang yang mudah diserap laukan tubektomi dikedua ikatan.

## (a) Indikasi

## (b) Indikasi medis umum

## (c) Apabila adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi berat

Misalnya gangguan fisik : tuberkulosis, jantung, ginjal, dan kanker payudara.

Gangguan psikis : skizofrenia

## (d) Indikasi edis obstetrik

Tosekmia gravidarum, seksio secara berulang, dan abortus yang berulang.

## (e) Indikasi medik ginekologik

Yaitu saat melakukan operasi ginekolik dapat juga melakukan sterilisasi

## (f) Indikasi sosial ekonomi

Indikasi banyaknya adak dan ekonomi yang rendah.

## (1) Kontraindikasi

## (a) Hamil

## (b) Perdarahan vagina yang belum jelas

- (c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akaut
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas dimasa depan
- (f) Ibu dalam keadaan menstruasi dengan usia reproduksi
- (g) Belum memberikan persetujuan tertulis

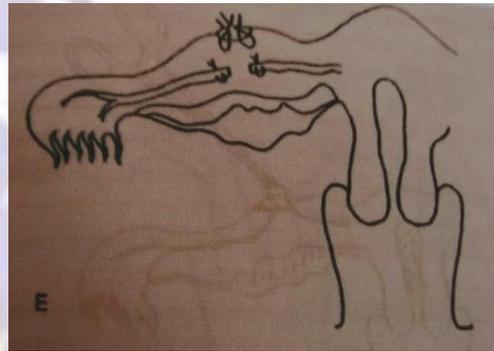
(2) Kelebihan

- (a) Sangat efektif
- (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- (c) Tidak tergantung pada faktor senggama
- (d) Pembedahan sederhana dapat dilakukan dnegan anastesi lokal
- (e) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (f) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- (g) Berkurangnya resiko kanker ovarium

(3) Kekurangan

- (a) Harus di pertimbangkan karena sifat permanen
- (b) Klien dapat menyesal dikemudian hari

- (c) Resiko komplikasi kecil
- (d) Rasa sakit ketidaknyamanan dalam jangka pendek
- (e) Dilakukan oleh dokter yang terlatih
- (f) Tidak melindungi diri dari penyakit seks.



Gambar : 2.17  
Tuba Falopi Yang Telah Dipisahkan  
Sumber : Manuaba,2010:630

## 2. Vasektomi

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

- a) Keuntungan dari vasektomi
- b) Efektif

c) Aman, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas

d) Sederhana

e) Cepat hanya memerlukan waktu 5-10 menit

f) Menyenangkan bagi aseptor krena memerlukan anastesi saja

g) Biaya rendah

h) Sangat kultura, sangat dianjurkan bagi negara-negara dimana wanita merasa malu malu untuk ditangani oleh dokter pria.

(1) Kerugian

(a) Diperlukan tindakan koperatif

(b) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi

(c) Kontap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa yang sudah ada

(d) Problem psikologis yang berhubungan dengan prilaku seksual

(2) Kontra indikasi

(a) Infeksi kulit lokal misalnya : scabies

(b) Infeksi traktus genetalia

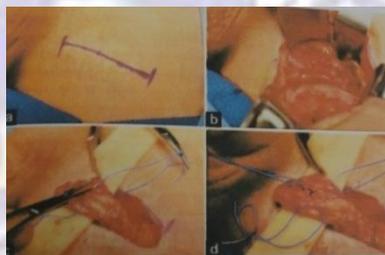
(c) Kelainan skrotum dan lainnya

(d) Penyakit sistemik misalnya penyakit-penyakit perdaraha

(e) Riwayat perkawinan psikologis atau seksual yang tidak stabil

(3) Keefektivitas

Tidak langsung efektif, perlu menunggu sekitar 3 bulan (lebih kurang 20x ejakulasi) agar air mani bebas sperma (Maryunani, 2016:560).



Gambar : 2.18  
Proses Vasektomi  
Sumber : Manuaba,2010:630

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Teori

### 2.2.1 Konsep dasar asuhan kebidanan pada Kehamilan

#### 1. Pengkajian Data

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

##### a. Data Subjektif

###### 1) Identitas

###### a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki namanya sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159).

###### b) Umur

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

## c) Agama

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

## d) Pekerjaan

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

## e) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan yang tidak adekuat. (Walsh,2012: 122). Dan memberi gambaran tentang kemampuan klien, sehingga mempermudah kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2014:155).

## f) Alamat

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

## 2) Keluhan Utama

Menurut *Varney, et al (2007: 540-543)*, keluhan pada kehamilan trimester III yaitu antara lain:

### a) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid. Tekanan ini akan mengganggu sirkulasi vena dan akan mengakibatkan kongesti pada vena panggul (*Varney, et al 2007: 539*).

### b) Sering BAK/Nokturia

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

### c) Kram tungkai

penyebab kram tungkai yaitu uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf

sementara saraf ini melewati foramen oburator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (*Varney, et all 2007 : 540*).

d) Konstipasi

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

e) Sesak nafas

Uterus mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm. (*Morgan, 2009 : 289*).

3) Riwayat kebidanan

a) Menstruasi

Menurut *Fraser et all (2009:251)* riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal taksiran partus (TP) taksiran partus dihitung dengan menambahkan 9 bulan

dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang dialami ibu. Metode menstruasi bahwa :

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

Menurut Marmi, 2014:137 gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penerapan tanggal pemikiran kelahiran. Dengan menggunakan rumus Neagele  $h+14$   $b-3$   $th+1$ .

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

- (a) Menarche

Usia pertama kali mengalami menstruasi.

Wanita Indonesia umumnya mengalami menarche sekitar 12-16 tahun.

(b) Siklus

Jarak antara menstruasi yang di alami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari.

Biasanya sekitar 23-32 hari.

(c) Volume

Data ini menjelaskan beberapa banyak darah menstruasi yang di keluarkan.sebagai acuan biasanya kita gunakan kriteria banyak, sedang, dan sedikit, jawaban yang diberikan oleh pasien biasanya bersifat subyektif, namun kita bisa kaji lebih dalam lagi dengan beberapa pertanyaan misalnya sampai berapa kali mengganti pembalut dalam sehari.

(d) Keluhan

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

(e) Banyaknya

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih, itu berarti telah menunjukkan gejala banyaknya darah haid.

(f) Disminorhea

Nyeri haid pernah dinyatakan untuk mengetahui apakah klien menderita atau tidaknya ditiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid.

4) Riwayat kesehatan

a) Penyakit yang pernah di alami (yang lalu)

Ibu yang mempunyai riwayat kesehatan yang buruk atau ibu dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat memicu adanya kehamilan adalah penyakit jantung, DM , PMS, hipertensi, dan anemia. (Marmi, 2014 : 108).

b) Penyakit yang pernah di alami (sekarang)

(1) Hipertensi

Hipertensi pada kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin dan maternal.

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

(2) Diabetes militus-tergantung insulin (IDDM)

Wanita *Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)* dapat meningkatkan insiden hipertensi, preeklamsia yang akan memperburuk perjalanan persalinan. Janin berisiko tinggi mengalami kelainan kongenital dan mungkin memiliki ukuran besar atau berukuran sangat besar (makrosomia), yang dinggap sebagai komplikasi pada periode intrpartum yang berisiko terjadi persalinan lama, distosia bahu, dan lahir operasi (Varney, at all 2007:636).

(3) Infeksi TORCH

Infeksi TORCH meliputi : rubella, sitomegalovirus, toksoplasmosis, herpes simpleks

dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hampir sama : kutilan , abortus, mikrosefalus, prematuritas, dan pertumbuhan janin terlambat.( Manuaba, 2010 : 340).

#### (4) Penyakit jantung

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

#### (5) Penyakit paru

##### (a) Bronkitis dan influenza

Bronkitis dan influenza pada kehamilan dijumpai ringan sehingga tidak membahayakan jiwa ibu maupun janin. Dengan pengobatan biasa sebagian besar sembuh sehingga kehamilan dapat berlangsung (Manuaba, 2010:336-337).

##### (b) Asma

Penyakit asma dan kehamilan kadang-kadang bertambah berat atau malah berkurang. Dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kelamin.

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan tukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub>. (Manuaba, 2010:336).

(c) Tuberkolusis

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

(d) HIV / AIDS

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

(e) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah

dini, korioamnionitis, persalinan prematur  
(Fraser et al,2009:371).

5) Riwayat kesehatan keluarga

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

6) Riwayat kehamilan yang lalu

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

7) Riwayat Persalinan yang lalu

Riwayat ini mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstrasi vakum, atau bedah sesar, lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-

komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011:158).

8) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada komplikasi seperti perdarahan post partum dan infeksi pada masa nifas.

Maka diharapkan masa nifas sekarang juga tidak terjadi komplikasi. ( Manuaba, 2010; 201).

9) Keluarga Berencana

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

10) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

(a) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan misalnya : kacang-kacangan atau hewani misalnya ikan, keju, susu, telur , ayam. (Varney *et al*,2008: 543).

(b) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium dapat diperoleh dari , keju, yogurt, susu, kalsium bikarbonat. (Saifuddin, 2010: 92).

(c) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil. (Saifuddin, 2010:286).



Tabel 2.9  
 Tambahan kebutuhan nutrisi ibu  
 hamil

Nutrisi	Kebutuhan tidak hamil/hari	Tambahan kebutuhan hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protin	75 gr	8-12 gr
Lemak	180 gr	53 gr
Fe	28 gr	2-4 gr
Ca	500 gr	600 gr
Vit A	3500 gr	500 IU
Vit C	75 gr	30 mg
Asam folat		400 mg

Sumber : Sukarni,2013:115

(d) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil. (Saifuddin, 2010 : 286).

## (2) Eliminasi

### (a) Buang Air Kecil (BAK)

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

### (b) Buang Air Besar (BAB)

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

## (3) Pola istirahat

Istirahat sangat diperlukan ibu hamil, maka dari itu bidan perlu mengenali kebiasaan istirahat ibu supaya diketahui hambatan yang mungkin muncul jika didapatkan data yang

senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. Bidan dapat menanyakan tentang berapa lama ibu tidur di malam hari dan siang hari. Istirahat pada malam hari yang normal kurang lebih dari 8 jam setiap istirahat dan pada siang hari kurang lebih 1 jam (Sulistyawati,A. 2011: 170).

#### (4) Aktifitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil adalah jalan-jalan saat hamil terutama pada pagi hari (Manuaba, 2012:132-135).

#### (5) Personal Hygiene

personal hygiene diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Menurut Marmi (2011:120-122).

Kebersihan yang perlu diperhatikan antara lain:

(a) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan yaitu pada trimester 1 dan 3. Dianjurkan untuk gosok gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan gingivitis. (Saifuddin, 2011:287).

(b) Kebersihan tubuh dan pakaian

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

Gunakan pakaian longgar, bersih dan aman, dan hindarkan sepatu bertongkat tinggi dan alas kaki yang keras serta

korset penahan perut. (Saifuddin, 2010:286-287).

(c) Perawatan payudara

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

#### (6) Aktifitas Seksual

Walaupun ini hal yang sangat privasi bagi pasien namun bidan harus menggali dari kebiasaan ini. Karena terjadi beberapa kasus keluhan dalam aktifitas seksual yang cukup mengganggu pasien namun ia tidak tau kemana harus konsultasi. Dengan teknik komunikasi yang senyaman mungkin, bidan menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan aktifitas seksual melalui pertanyaan sebagai berikut :

##### (a) Frekuensi

Kita tanyakan berapa kali melakukan hubungan seksual dalam seminggu.

(b) Gangguan

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

(7) Riwayat ketergantungan

(a) Rokok

Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2014:156). Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan vagina, kelainan prematur, BBLR (2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). (Romauli, 2011 : 112).

(b) Alkohol

Tetarogen dan sindrom alkohol janin *fetal alcohol syndrome* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital

yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan. ( Fraser *et al*, 2009: 168).

(8) Latar belakang sosial budaya

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

(9) Dukungan situasional

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

## b. Data Objektif

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

Langkah-langkah pemeriksaan sebagai berikut :

### 1. Keadaan Umum

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

#### a) Baik

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

#### b) Lemah

Pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu lagi untuk berjalan sendiri (Sulistyawati, 2011:174-175).

## 2. Tanda-tanda vital (TTV)

### a) Tekanan darah

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

### b) Nadi

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

### c) Pernapasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli,2011:173).

### d) Suhu

Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi.(Varney,2007:693). Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli,2011:173).

### 3. Antropometri

#### a) Tinggi Badan (TB)

Tinggi badan kurang dari rata-rata merupakan faktor resiko bagi ibu hamil/ibu bersalin, jika tinggi badan kurang dari 145 cm kemungkinan sang ibu memiliki panggul sempit. Tujuan pemeriksaan tinggi badan adalah untuk mengetahui tinggi badan ibu sehingga bisa mendeteksi faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tinggi badan adalah keadaan rongga panggul. Sering dijumpai pada ibu yang pendek, rongga panggulnya sempit. Ada juga ibu hamil yang pendek tapi rongga panggulnya normal. (Mandriawati, 2008:39)

#### b) Berat Badan (BB)

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2010:180). Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2011:180) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel :

Tabel 2.10  
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
Abesitas	>29	≥7
Gemeli		16-20,5

Sumber : Saifuddin, 2011: 180

#### c) LILA

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012: 136). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/ buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).

Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011:173).

#### 4. Pemeriksaan fisik

##### a) Rambut

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

b) Muka

Tampak *cloasma gravidarum* pada daerah wajah akibat dari pengaruh hormon kortikosteroid (Marmi, 2011:102). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeklampsia* (Saifuddin, 2010:543).

c) Mata

Bengkak atau tidak (apabila kelopak mata sudah bengkak kemungkinan terjadi pre eklamsi berat), conjungtiva merah muda atau pucat, sclera putih/kuning (Beaty, 2012: 122).

d) Hidung

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

e) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174). Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*, hal lain yang sering terjadi pada wanita hamil yaitu *gingivitis* (Saifuddin, 2010:287).

## f) Leher

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

## g) Dada

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

## h) Payudara

Payudara harus kembali diperiksa pada usia kehamilan 36 minggu untuk memastikan perlunya tindakan untuk mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (Varney, 2007: 530). Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli, 2011:174).

i) Abdomen

Evaluasi adanya nyeri tekan, massa, hernia, pembesaran hati dan kelenjar getah bening. Seiring kemajuan kehamilan, semakin sulit meraba organ lain selain uterus. Perhatian khusus pada abdomen wanita hamil meliputi denyut jantung janin, tinggi fundus dan presentasi janin (Marmi, 2014:166).

j) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi, dan memar. Pemeriksaan menyelueuh biasanya dilakukan dengan memisah labia mayora, dari minora dan dengan perlahan menarik ujung klitoris (Marmi, 2014:170).

k) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vena hemoroid (Varney *et all*, 2007:539).

### 1) Ekstremitas

Menurut Manuaba (2010: 108), varises terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesterone, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Varises terjadi di kaki dan betis. Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2011:136).

### 5. Pemeriksaan khusus

#### a) Pemeriksaan Leopold

##### 1) Leopold I

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

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

(a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha

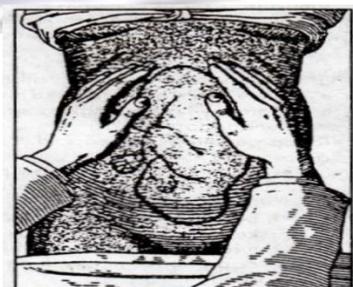
- (b)Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (c)Rahim dibawa ke tengah
- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan(Marmi, 2014:167).

Tabel 2.11  
TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

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

Sumber: Manuaba, 2010:100.

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



## Gambar 2.19

## Posisi Leopold I

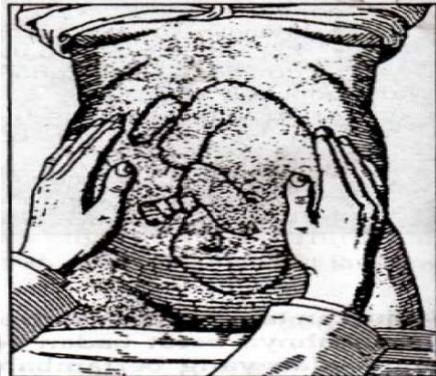
Sumber: Manuaba, 2010:118

## 2) Leopold II

Tujuan : Untuk menentukan dimana punggung janin dan dimana letak bagian-bagian terkecil.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II yaitu:

- (a) Kedua tangan pindah ke samping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.
- (c) Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang. (Marmi, 2014:167-168).



Gambar 2.20

Posisi Leopold II

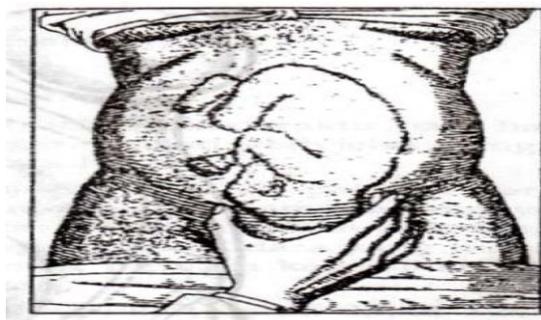
Sumber :Manuaba, 2010:118

### 3) Leopold III

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

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

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



Gambar 2.21  
Posisi Leopold III  
Sumber: Manuaba, 2010:11



#### 4) Leopold IV

Tujuan : Guna menentukan bagian bawah dalam Rahim dan seberapa masuknya bagian bawah tersebut ke dalam PAP.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

(a)Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki klien.

(b)Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

(c)Ditentukan apakah bagian bawah sudah masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul

(d)Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luas (Marmi, 2014:168).



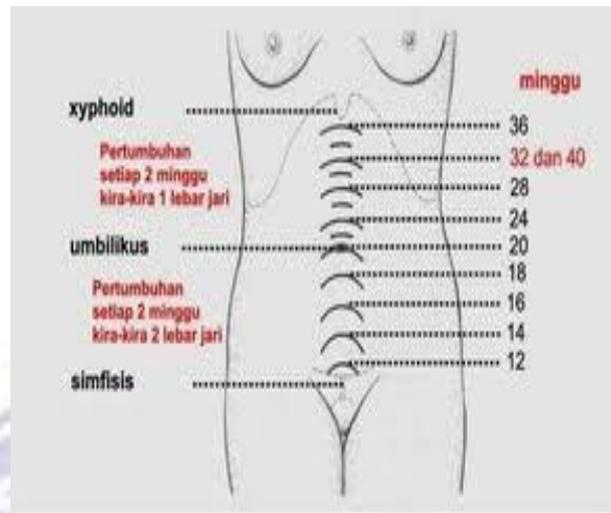
Gambar 2.22

Posisi Leopold IV

Sumber : Manuaba,2010:11

b) Tinggi Fundus Uteri

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



Gambar : 2.23  
TFU

Sumber : Megasari M. 2015: 225

c) Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012:41) cara untuk menentukan usia kehamilan :

- (1) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali "*feeling life*"
- (2) Menurut Mc. Donal adalah modifikasi cara spiegelberg, yaitu jarak fundus-simpisis dalam cm di bagi 3,5 merupakan usianya kehamilan
- (3) Menurut Manuaba (2010: 128) menetapkan usia kehamilan yaitu :

- (a) Mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu
- (b) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36
- (c) Mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparental, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin,
- (d) Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.
- d) Pemeriksaan Osborn test
- (1) Pegang kepala janin dan diupayakan untuk masuk ke PAP
- (2) Jika tidak dapat masuk karena masih tinggi, harus diukur dengan jari untuk mengetahui seberapa tingginya dari simphisis.
- (3) Jika tingginya sekitar 3 jari di atas simphisis atau lebih berarti osborn test + (kepala janin belum masuk ke PAP = kemungkinan ada cephalopelvic Dispropotion).
- e) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

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

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

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau

bawah. Bila di atas (-12) dan bila di bawah (-11).

(Jannah, 2012:85).

f) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antaranya 120 sampai 140x/menit (Manuaba,2012:116). Bila bunyi jantung kurang dari 120x/menit atau lebih dari 160x/menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi,2011:188-189). Cara menghitung jantung yaitu dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ke tiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

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

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2. Untuk Letak Punctum Maksimum pada kehamilan dengan posisi janin normal.

g) Pemeriksaan panggul

1) Pemeriksaan Panggul luar

Ukuran-ukuran luar tidak dapat digunakan untuk penilaian, apakah persalinan dapat berlangsung secara biasa atau tidak, walaupun begitu ukuran luar dapat memberikan petunjuk pada kita akan kemungkinan panggul sempit. Ukuran-ukuran luar yang terpenting yaitu :

(a) Distansia cristarum

Jarak yang terjauh antara cristiliaka kanan dan kiri (26-29 cm).

(b) Distansia spinarum

Jarak antara spina iliaka anterior superior kiri dan kanan (23-26 cm).

(c) Ukuran lingkar panggul

Dari pinggi atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaka anterior superior dan trochanter major

sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak yang lain (80-90 cm).

(d) Konjungkata eksterna (Baudeloque)

Jarak antar pinggir atas simpisis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke lima (18-20). Menurut Marmi (2011: 171-176).

2) Pemeriksaan panggul dalam

Menurut Marmi(2011:74-176)jarak minimal antara tulang kemaluan dengan promontorium yaitu 11 cm. Jika kurang, maka dikatagorikan sebagai panggul sempit. Panggul tengah diukur dengan cara memeriksa spina isciadika atau tonjolan tulang panggul yang teraba menonjol atau tidak dan sudut tulang kemaluan lebih dari 90 derajat dan interuberosum lebih dari 8 cm untuk mengetahui panggul bawah luas. Dapat diperiksa dengan pengukuran panggul dalam ialah:

(a)Apakah linea inominata teraba seluruhnya atau sebagian.

(b)Apakah os sacrum mempunyai inklinasi ke depan dan belakang.

(c)Apakah kedua spina isciadika menonjol atau tidak.

(d)Apakah sudut arcus pubis cukup luas atau tidak

(e)Apakah promotorium teraba atau tidak.

(f) Apakah tidak ada tumor (eksotosel) pada permukaan belakang simpisis.

h) Pemeriksaan penunjang

1) *Ultrasonografi (USG)*

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan beberapa cara yaitu :

(a) Dengan mengukur jarak kepala-bokong Groun Rum Length (GRL) untuk kehamilan 7-14 minggu

(b) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan Gestationalsac (GS) untuk kehamilan 0-12 minggu.

(c) Dengan mengukur diameter biparietal ( BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu ( Romauli, 2011: 72).

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45).

2) *NST (Non Stress Test)*

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

- (a) Sebelum pemeriksaan dimulai, lakukan pengukuran tensi, suhu, nadi dan frekuensi pernafasan ibu. Kemudian selama pemeriksaan dilakukan, tensi diukur setiap 10-15 menit (hasilnya dicatat pada kertas KTG).
- (b) Pasien berbaring dalam posisi semi flowler, dan sedikit miring ke kiri. Hal ini berguna untuk memperbaiki sirkulasi darah ke janin dan mencegah terjadinya hipotensi.
- (c) Perhatikan frekuensi dasar DJJ (normal antara 120-160 dpm).
- (d) Setiap terjadi gerakan janin berikan tanda pada kertas KTG. Perhatikan apakah terjadi akselerasi DJJ (sedikitnya 15 dpm).
- (e) Perhatikan variabilitas DJJ (normal antara 5-25 dpm).
- (f) Lama pemeriksaan sedikitnya 20 menit (Marmi, 2011:190-191).

### 3) Pemeriksaan Laboratorium

a) Pemeriksaan darah

(1) Haemoglobin (Hb)

Menurut Manuaba (2010:239) pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Pemeriksaan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	: tidak anemia
Hb 9-10 g%	: anemia ringan
Hb 7-8 g%	: anemia sedang
Hb <7 g%	: anemia berat

(2) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif berisiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis rhesus (Fraser *et al*, 2009:255).

### (3) Pemeriksaan urine

Menurut Fraser *et al*, (2009:255) Urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalis. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antar lain :

- (a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan
- (b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- (c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

## 6. Diagnosa kehamilan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidn menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : G<sub>1/</sub>>1 P<sub>APIAH</sub>, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal , keadaan ibu dan janin baik. (Manuaba, 2012: 123). dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, nyeri pinggang, varises, nyeri di ulu hati (*heart burn*). Dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney *et al*, 2007: 538-543).

## 7. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidn menganalisa data yang diperoleh dari

pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b) Melibatkan klien/pasien atau keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial, budaya klien/keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

Diagnosa kebidanan :  $G_{1/>1}$  P<sub>APIAH</sub>, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki presentasi kepala atau bokong, kesan jalan lahir normal , keadaan ibu dan janin baik. (Manuaba, 2012: 123).

Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan, klien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas.

Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai proses melahirkan.

- KH : (1) keadaan umum baik
- (2) kesadaran komposmentis
- (3) tanda-tanda vital TD : 100-130/90 mmHg, Nadi 76-88 x/menit, Suhu 36,5-37,5 °C, RR : 16-24 x/menit
- (4) pemeriksaan laboratorium
- (5) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- (6) TFU sesuai dengan usia kehamilan
- (7) situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi: Menurut Varney *et al*, 2007:554-556

- (a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan  
R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.
- (b) Lakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 10 T  
R/ pemeriksaan 10 T merupakan standar yang dapat mencakup dan mendeteksi secara dini adanya resiko dan komplikasi.
- (c) Anjurkan klien agar memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai dengan usia kehamilannya.

R/ deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin.

- (d) Anjurkan pada klien untuk beristirahat dan mengurangi kerja berat.

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

- (e) Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan kaki agak ditinggikan

R/ Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

- (f) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada kehamilan trimester III.

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

- (g) Jelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan yang darurat.

- a. Masalah I : Sering berkemih/Nokturia

Tujuan: Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia).

Kriteria : 1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi:

- (1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

R/Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

- (2) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- (3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- (4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

b. Masalah 2 : Sakit pinggang

Tujuan: setelah dilakukan asuhan kebidanan, diharapkan klien mengerti penyebab sakit pinggang.

KH: klien mengerti penjelasan petugas.

Intervensi:

- (1) Jelaskan tentang penyebab sakit pinggang.

R/ titik berat badan pindah ke depan karena perut yang membesar. Hal ini diimbangi lordosis yang menyebabkan spasme otot pinggang.

(2) Anjurkan klien untuk memakai sandal atau sepatu bertumit rendah.

R/ hal ini akan mengurangi beban klien.

(3) Anjurkan klien untuk istirahat yang cukup.

R/ terjadi relaksasi sehingga aliran darah ke seluruh tubuh lancar.

(4) Jelaskan pada klien bahwa sakit pinggang akan menghilang setelah melahirkan.

R/ dengan berakhirnya kehamilan, postur tubuh kemabli seperti semula.(Varney *et all*, 2007: 541) .

c. Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi :

(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.(Varney *et all*,2007:539)

d. Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria : 1) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi:

(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.

(Varney *et al*,2007:539)

e. Edema dependen

Tujuan: Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

KH: Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi:

(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 penyokong atau korset.

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melongarkan tekanan pada vena-vena panggul.

(Varney *et al*, 2007: 540).

f. Masalah 6 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria :1) Kram pada kaki berkurang.

2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi:

(1)Jelaskan penyebab kram kaki.

R/Ibu mengerti penyebab kram pda kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

(2)Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O<sub>2</sub> ke jaringan sel terpenuhi.

(3)Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(4)Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/Mengurangi penekanan yang laman pada kaki sehingga aliran darah lancar.

(5)Anjurkan ibu untuk menghindari aktivits berat dan cukup istirahat.

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(6)Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.(Varney et all, 2007:540).

g. Nyeri punggung bawah

Tujuan: Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung).

Kriteria : Nyeri punggung berkurang.

Intervensi:

- (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 kirir 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 pengganjal.

R/Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

(Varneyet all, 2007:542).

#### 8. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan KH :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- 4) Melibatkan klien/pasien.
- 5) Menjaga *privacy* klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.

- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

#### 9. 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.

#### 10. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor

938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan

Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang

ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

a) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia

b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.



## 2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

### 1. Pengkajian Data

#### a. Data Subyektif

##### 1) Identitas

###### a) Nama

Menetapkan identitas yang pasti pada pasien karena kemungkinan memiliki namanya sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2007:159).

###### b) Umur

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea (Fraser et al,2009:569). Usia dibawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II), hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklamsi dan abropsio plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin ( Varney et al,2007:691).

###### c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati,2010:221).

d) Pendidikan

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

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba,2012:235).

f) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien data ini juga memberikan gambaran mengenai jarak dan waktu yang di tempuh pasien menuju ke lokasi pemeriksaan kehamilan.

(Sulistyawati A. 2010 : 221).

2) Keluhan Utama

Menurut Manuaba (2012:173) tanda-tanda persalinan adalah :

- a) Terjadinya his persalinan. His poersalinan mempunyai cirikhas pinggang terasa nyeri yang menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- b) Pengeluaran lendir dan darh (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 poecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah :

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 5-100 detik.
- (2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

(3) Ketuban pecah pada pembukaaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

### 3) Riwayat menstruasi

Adalah untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dan sifat darah, (cairan atau ada gumpalan) dismenorhea atau tidak, haid terakhir (Manuaba,2008).

### 4) Riwayat Kesehatan

#### a) penyakit diabetes millitus

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)

#### b) jantung

Perubahan fisiologi terjadi peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibilas. 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 kejanin (Saifuddin,2010:769).

Menurut Manuaba (2012:323-324) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Klas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

Klas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan)

Klas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Kals IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung kelas I dan II.

#### c) 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, abrupcio plasenta,

koriamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (*Fraser et al,2009:322*).

d) 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 perdarahat postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (*Manuaba,2012:240*).

e) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (*Fraser et al,2009:371*).

4) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan yang lalu :

informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi-komplikasi yang menyertai kehamilan (*Marmi,2011:123*).

Riwayat persalinan yang lalu :

Informasi esensial tentang persalinana terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forcep, ekstrasi vakum, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelainan serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi,2011:132).

Riwayat nifas yang lalu :

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peninngkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi.

Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan

menjadi keras karena kontraksinya, sehingga dapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba,2010:224).

5) Riwayat kehamilan dan persalinan yang sekarang

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014)

- (a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan. Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir.
- (b) Keluhan-keluhan pada trimester I,II,III. Untuk mengetahui adanya gangguan seperti: muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.

(c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani,2008).

(d) Dimana ibu memeriksakan kehamilan. 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).

(a) 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).

#### 6) Riwayat Keluarga Berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sebelum hamil pernah menggunakan KB atau belum, jika pernah lamanya berapa tahun, jenis KB yang digunakan (Estiwidani dkk,2008). Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi Estimated Date Of Delivery (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menangali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD

terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi,2011).

#### 7) Pola kehidupan sehari-hari

##### a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Winjosastro,2008:55).

##### b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat berkompresi antara gelang pelvik dan kepala janin. Resiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi.

Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (*Fraser et all,2009:485*). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin

berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro,2008:55). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif, lakukan periksa dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro,2008,56).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran kompesmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tunuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (Cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli,2011:172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan kompesmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati,2011:175).

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney, *et al*, 2007 : 686).

Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal.

Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu preeklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser, *et al*, 2009:453).

(2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang

mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, *et.al* 2007:687). Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan.

Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Fraser,*et.al* 2009:453).

### (3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertingga selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan para meter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney,*et.al*, 2007 :687).

### (1) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, *et.al*, 2007:687)

### 2) Pemeriksaan fisik

#### a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, kontur, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, *et.al*, 2007:35). Serta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul, 2008:243).

#### b) Muka

Ukuran, bentuk, kontur kesimetrisan wajah dan lokasi struktur wajah, nyeri tekan pada sinus frontal dan maksila (Varney, *et.al*, 2007:35-36).

#### c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva 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

bengakak kemungkinan adanya pre eklamsia

(Romauli,2011:174).

#### d) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah : napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak, termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tojolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik persarahan, rabas, warna mukosa (Varney, et.al, 2007:36).

#### e) Telinga

Observasi pemeriksaan yang dilakukan adalah, pembesaran atau nyeri tekan pada mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tojolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna sumbatan, lesi, dan rabas, adanya benda asing pada saluran pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangan telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak jaringan paut, perforasi) (Varney, et.al, 2007:36).

f) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney, *et.al*, 20088:719).

g) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin,2010:186).

h) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau infersi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, *et.al*,2007:151).

i) Abdomen

Pada ibu bersalin, perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan

DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro,2008:42-43).

Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakuakn tindakan selanjutnya (Saifudin,2008:106).

Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandug kemih yang penuh, yang kan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periopde pascapartum awal (Varney, *et.al*,2007:687).

Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus (Varney, *et.al*,2007:693).

## j) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perinium menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba dkk, 2012:184). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban adanya luka parut divagina. Luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro,2008:45).

## k) Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah didasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro,2008:46). 1)

## Ekstermitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi,2012:163).

Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, 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 khusus

#### a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *Engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan mmenentukan letak bokong dan kepala presentasi janin (fraser dan cooper, 2009:259-261).

#### b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

(1) Menurut Sulistyawati (2009:198) perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah sebagai berikut :

Tabel : 2.12

Usia kehamilan dalam minggu

Usia kehamilan (minggu)	Perkiraan tinggi fundus
28	28 cm ± 2 cm
32	32 cm ± 2 cm
36	36 cm ± 2 cm

Sumber : Sulistyawati,2009:198

- (2) Menurut Mochtar (1998) dalam Kuscahyanti (2012:90) usia kehamilan berdasarkan cm menurut minggu adalah sebagai berikut :

Tabel 2.13

Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

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

Sumber : Kuscahyanti,2012:90

- (3) Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut Manuaba (2012:100) dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 2.14

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Usia kehamilan
1/3 di atas pusat	28 minggu
1/2 pusat-prosesus	34 minggu

xifoideus	
Setinggi arcus costae	36 minggu
Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber : Manuaba, 2010:100

### c) Cara menghitung TFU

Salah satu rumus untuk mengetahui perkiraan berat badan lahir bayi adalah rumus Mc.Donald. Rumus Mc.Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat badan janin dengan pengukuran TFU, yaitu mengukur jarak antara tepi atas symphysis pubis sampai puncak fundus uteri dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur (Marliana,2009:35).

Cara menghitung :

Rumus Mc.Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran (TFU) tinggi fundus uteri, yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simpisis osispubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur.

Rumus Mc.Donald dapat dikatakan jarak dari bagian atas tulang kemaluan (*simpisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter dikurangi 11 atau 12, hasilnya dikali 155 didapat berat bayi dalam gram.

Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala diatas atau pada spinaischiadika maka dikurangi 12, jika kepala dibawah spina ischiadika maka dikurangi 11 (Kusmarjadi,2008). Menurut Siswosudarmo & Emilia (2008), secara singkat, Rumus Mc.Donald adalah sebagai berikut :

$$W \text{ (gram)} = (\text{tinggi fundus uteri-station}) \times 155$$

Keterangan :

W : weight =berat janin dalam gram

Nilai station ditentukan sebagai berikut :

12 : bila kepala bayi masih diatas atau pada spina ischiadika, atau setinggi spina ischiadika

11 : bila kepala bayi dibawah spina ischiadika

#### d) Cara Menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Jnnah (2012:85) untuk mengukur TBJ (Tafsiran Berat Janin) dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumus :

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

N : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah.

Bila atas (-12) dan bila dibawah (-11).

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat pada tabel :

Tabel 2.15

TBJ Normal untuk usia kehamilan trimester III

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

Sumber : Manuaba,2012:89

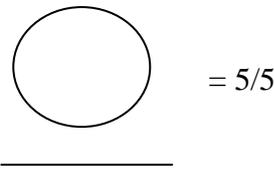
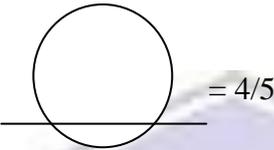
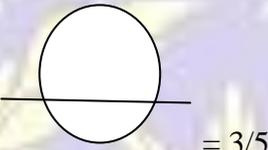
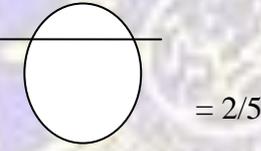
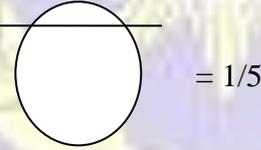
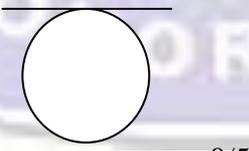
a) Penurunan bagian terbawah janin

Menurut Wiknjosastro (2008:42) penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari (perlimaanan).

Tabel 216

Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaanan

Periksa luar	Periksa	Keterangan
--------------	---------	------------

	dalam	
 = 5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakan
 = 4/5	H I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III+	Bagian terbesar sudah masuk panggul
 = 1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul
 = 0/5	H IV	Di perineum

Sumber : Saifuddin,2013:10

e) Penurunan Kepala menurut Bidang *Hodge* (Manuaba, 2010)

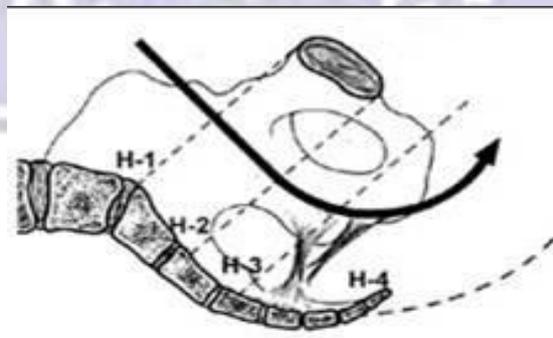
Untuk menentukan seberapa jauh bagian terdepan janin turun ke dasar panggul, hodge menentukan bidang penurunan sebagai berikut :

- (1)H I : Bidang yang sama dengan pintu atas panggul
- (2)H II : Bidang sejajar dengan HI setinggi tepi bawah simfisis.
- (3)H III : Bidang sejajar dengan HI setinggi spina ischiadica
- (4)H IV : Bidang sejajar dengan HI setinggi ujung tulang kelangkung (*os sacrum*)

Dengan menentukan penurunan sesuai dengan bidang *Hodge* dapat ditetapkan kemungkinan persalinan melalui vaginal, atau persalinan dengan operasi *sectio caesarea*. Bila kepala atau bagian terendah masih tinggi, diatas bidang H II, persalinan pervaginam sulit dilakukan tanpa trauma persalinan. Persalinan pervaginam yang aman, dengan trauma minimal, bila penurunan terendah telah melampaui batas H III

Gambar 2.24

#### Sistem Bidang Hodge



f) Auskultasi

Penilaian denyut jantung janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali permenit. Bila demikian, baringkan ibu kesisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi.

h) His

His kala II, his semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba,2012:173). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

(1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksinya uterus yang teratur dan meningkat

(frekuensi dan kekuatan) hingga serviks membuka lengkap (10cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro,2008:40).

(2) kala II

persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi ( Wiknjosastro,2008:79).

(3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro,2008:99).

(4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah itu (Wiknjosastro,2008:99).

i) Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2008:43-44) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah :

- (1) Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kolidoma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut diperineum.
- (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. Perhatikan 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 divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan erinium atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.
- (4) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

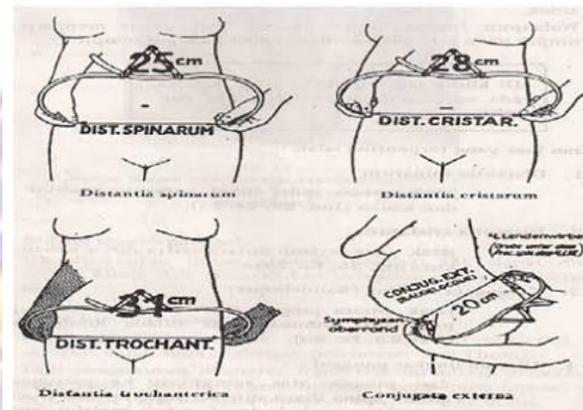
- (5) Memastikan tali pusat dan/atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.
- (6) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan amentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul.
- (7) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjukan (ubun-ubun kecil, 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.

j) Pemeriksaan panggul

Menurut Wiknjosastro (2007:44-45) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan sebagai berikut :

- (1) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul.
- (2) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul .
- (3) Spina ischiadika normal, tidak menonjol kedalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul

- (4) Sudut arcus pubis  $> 90^\circ$ , bila kurang berarti ada kesempitan panggul
- (5) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.



Gambar : 2.25

Pemeriksaan Panggul Luar

Sumber : Sari,2014:45

### k) Pemeriksaan penunjang

#### (1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, dan protein urin (Fraser dan Cooper,2009:453).

#### (2) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli,2011:187).

## 2. Diagnosa kebidanan

- a.  $G_{\geq 1}P_{>UK}$  37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :
- 1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney *et al*,2007:718-719).
  - 2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi ,maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidak nyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro,2008:40).
  - 3) Kala II dengan kemungkinan masalah :
    - a) Kekurangan cairan
    - b) infeksi
    - c) Kram tungkai (Varney *et al*,2007:722).
- b. Bayi baru lahir cukup bulan sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
- c.  $P_{\geq 1}$  Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Sulistyawati, (2010:238).

d.  $P_{\geq 1}$  kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut.

1) Atonia uteri (Sukarni,2013:243)

2) Robekan vagina, perineum atau serviks (Sukarni,2013:274).

### 3. Perencanaan

a. PAPIAH, UK 37-40 minggu, UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

1) Ku baik, kesadaran kompesmentis.

2) TTV dalam batas normal

T : 100/60-130/90 mmHg

S : 36,5-37 °C

N : 80-100 x/menit

R : 16-24 x/menit

3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

- 4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.
- 5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerakan aktif.
- 7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.
- 8) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- 9) perdarahan <500 cc.

Intervensi menurut Wiknjosastro,2008:79-87

- 1) Perhatikan psikososial ibu dan berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selama didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung.  
R / ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan.
- 2) Anjurkan ibu untuk makan dan minum

Asupan cairan yang cukup untuk mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu saat proses persalinan, serta untuk energi dalam persediaan mengejan.

R/ persiapan energi untuk persalinan

- 3) bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman dengan miring ke kiri.

R/ mempercepat penurunan kepala janin

- 4) anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap

R/ mempercepat penurunan kepala janin.

- 5) Observasi TTV

d) DJJ setiap 30 menit sekali

e) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit

f) Nadi setiap 30 menit

g) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

h) Penurunan terbawah janin setiap 4 jam

i) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam sekali

R/ mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin

- 6) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih tiap 2 jam

R/ bila kandung kemih yang penuh dapat menghalangi

penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri pada waktu his

7) Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal.

f) Mengenali tanda dan gejala kala II

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

(15) Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II

(e) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

(f) Ibu merasa adanya tekanan pada anus.

(g) Perineum menonjol

(h) Vulva dan sfinger ani membuka

g) Menyiapkan pertolongan persalinan

R/ Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, sehingga dapat memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(16)Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. untuk mengalami asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(c) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi.

(d) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.

(17)Pakai clemek plastik.

Rasional : Clemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit  
(Wiknjosastro,2008:80)

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

(19)Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

Rasional : Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular melalui darah (Varney,2008:1117)

(20)Masukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

h) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur partio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

(21)Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dan depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

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

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

- (f) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin, 0,5% langkah 9)
- (22) Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan klorin).
- (23) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- (24) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.  
R/ Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur persio dan keadaan janin yang baik yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.
- (c) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
- (d) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.
- (25) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian

lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

(26) Periksa DJJ dalam batas normal (120-160) x/menit

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

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

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

Rasional : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro,2008:87).

(28) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu keposisi setengah duduk atau

posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

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

(a) Bimbing ibu untuk meneran dengan benar dan secara efektif.

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

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

(d) Anjurkan ibu istirahat dan anjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum di sela-sela kontraksi.

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

(f) Beri cukup asupan cairan peroral (minum).

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda.

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

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

i) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai perlengkapan yang dipakai untuk menolong.

(19) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi di vulva dengan diameter 5-6 cm.

(18) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 di bagian bawah bokong ibu.

(22) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

(23) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

j) Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perinium.

(24) 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 defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas dengan cepat.

R/Melindungi perineum dan mengendalikan

keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjosastro,2008:89).

(22) Periksa adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi,dan segera proses kelahiran bayi.

(a) Perasat ini digunakan untuk mengecek adanya lilitan tali pusat disekeliling leher bayi dan nilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varneyet all,2008: 1146).

(b) Jika talipusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian ats kepala bayi.

(c) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat dari kedua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.

(23) Tunggu kepala bayi putar paksi luar, pegang secara seponatan.

### **Lahirnya bahu**

(24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya kontraksi. Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang.

### **Lahirnya badan dan tungkai**

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

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

f) Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

(27) Lakukan penilaian pada bayi baru lahir dengan pernyataan yaitu :

(a) Apakah bayi menangis kuat dan bernafas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(c) Apakah kulit bayi berwarna merah?

(28) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian telapak tangan. Gantik handuk basah dengan handuk kering yang lainnya.

(29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus (hamil tunggal).

(30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus kontrak dengan baik.

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

(32) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 3-5cm distal dari klem pertama.

(33) Pemotongan dan ikat tali pusat

(a) Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara tali pusat tersebut.

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

(c) Lepas klem dan tempatkan pada wadah yang telah di sediakan ( larutan clorin).

(34) Letakan bayi agar ada kontak kulit ibu dengan kulit

bayi, letakan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu usahakan kepala bayi berada diantar payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(35) Selimuti bayi dan ibu dengan kain yang hangat dan pasang topi di kepala bayi.

### **Kala III**

a) Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosastro,2008:100-106) penanganan tali pusat untuk melahirkan talim pusat.

(36) Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5cm dari vulva ibu

(37) Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, dan tangan lain untuk menegangkan tali pusat.

(38) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

(39) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir ( tetap dilakukan dorso kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5 cm dari vilva dan melahirkan plasenta.

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

(6) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

(7) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

(8) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(9) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

(10) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

(40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

#### **Kala IV**

j) Menilai perdarahan

(42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

(48) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

k) Melakukan prosedur pasca salin

(49) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

(50) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

(c) Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

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

(51) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K<sub>1</sub> 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

(52) Setelah 1 jam pemberian vitamin K<sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

(c) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

(d) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

(48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdrahan pervaginam.

(e) 2 - 3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(f) Setiap 15 menit pada 1jam pertama pasaca persalinan.

(g) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

(h) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.

(49) Ajarkan ibu dan keluarga cara massase uterus dan menilai kontraksi.

Rasional : Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

(61) Periksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum.

(c) Periksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.

(d) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

(62) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36°C-37,5°C).

(63) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

(64) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

(65) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan keruban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

(66) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

(67) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(68) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

(69) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

#### **Dokumentasi**

(70) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

Sumber : Sulistyawati, 2010

Kemungkinan masalah saat persalinan :

- 1) Cemas dalam menghadapi proses persalinan.
  - a) Tujuan :  
Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan
  - b) Kriteria :  
Ibu tampak tenang

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(1) Jelaskan fisiologis persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalinan memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batas tindakan yang diberlakukan

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

a) Tujuan :

Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan.

b) Kriteria :

Nyeri punggung berkurang, ibu tidak merasa cemas, ibu merasa tenang.

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

(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 menggunakan anduk 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.

3) Kekurangan cairan

a) Tujuan :

Tidak terjadi

b) Kriteria :

Nadi 76-100x/menit, urin jernih, produksi urine 30cc/jam

c) 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 memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

4) Kram tungkai (Varney, *et.al*, 2007:722)

a) Tujuan :

Tidak terjadi kram tungkai

b) Kriteria :

Sirkulasi darah lancar

c) Intervensi :

(1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstermitas bawah.

(2) Atur posisi dorso fleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaran nyeri.

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

### 5) Nyeri karena kontraksi uterus

Tujuan : Ibu merasa nyeri terhadap proses persalinan

Kriteria :

- a) Nyeri punggung berkurang
- b) Ibu merasa berkurang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

(1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/ kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologi 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.

(a) Berikan usapan punggung

R/ Usapan punggung meningkatkan relaksasi

(b) Penggunaan handuk sebagai kipas

R/ ibu bersalina menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat

(c) Pemberian kompres panas pada punggung

R/ kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

#### 4. Implementasi

Menurut Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/8/2007 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-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (informed 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 dilakukan

#### 5. Evaluasi

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani,2008). Menurut Kepmenkes RI No. 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. 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 kondii klien/pasien.

#### 6. Dokumentasi

Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status psien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data objektif , mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P :Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kehamilan pada bersalinan, asuhan kebidanan pada nifas, asuhan kebidanan pada neonatus, dan asuhan pada keluarga berencana.

### 2.2.3 Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

#### 1. Pengkajian Data

##### a. Data Subyektif

##### 1) Biodata

##### a) Nama

Nama jelas dan lengkap diperlukan untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telfon yang berbeda (Manuaba,2012)

##### b) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko adanya kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali terjadinya perdarahan dalam masa nifas (Eny,2008:131)

## c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny,2008:131)

## d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Eny,2008:132)

## e) Pekerjaan

Seringkali alasan pekerjaan membuat seorang ibu merasa kesulitan untuk memberikan ASI secara eksklusif ( Purwanti,2012). Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat mengakibatkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI ( Marmi,2012:179)

## f) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan kehamilan (Manuaba,2010:235).

g) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah rumah bila diperlukan (Eny,2008:132)

## 2) Keluhan Utama

Menurut Varney,2008, keluhan utama yang sering terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

a) After pain

Nyeri seyelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebantar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

a) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan

oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

b) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi, akumulasi, dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

c) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi atau jahitan laserasi dan episiotomi.

d) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jaitan robekan perineum atau episiotomi derajat tiga atau empat.

e) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi traumaatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

3) Riwayat Kesehatan

- a) Anemia pada kehamilan yang tidak ditangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi perineum, pengeluaran ASI berkurang, terjadi deskompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba,2010:240).

b) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> (Manuaba,2010:336).

c) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba,2010:336).

d) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (*Penfigus siffilitus*, adaeskuamasi kulit, telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi (Manuaba,2010:338)

e) Pengaruh penyakit jantung pasca persalinan/nifas menurut Manuaba,2012)

(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.

f) Ibu yang mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser *et al*,2009:342).

#### 4) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni,2013:298).

#### 5) Riwayat kebidanan

##### a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit dapat diperhitungkan dan bersifat individu sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovarium) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin,2014)

##### b) Riwayat nifas Yang Lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ke-3 berwarna merah. Lochea serosa pada hari ke-4 sampai ke-9 warna kecoklatan. Lochea alba hari ke 10-15 warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus, dan ibu menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba,2012:201)

c) Riwayat Kontrasepsi

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama menyusui. Oleh karena itu metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali mencegah terjadinya kehamilan (Manuaba,2012). Pemeriksaan postpartum merupakan pemeriksaan yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan/menunda kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil (Saleha,2009).

6) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter setiap harinya (dianjurkan untuk ibu menyusui untuk minum setelah menyusui) (Saleha,2009)

b) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Deuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Deuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney *et al*,2008:961)

Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba,2012:202)

c) Istirahat

Ajurkan ibu untuk beristirahat dengan cukup untuk mencegah kelemahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang diroduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan tidak mampu untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

d) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana mengajarkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan air pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Pakaian agak longgar terutama terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Kassa pembalut sebaiknya dibuang saat terasa penuh dengan lochera (Manuaba, 2012: 202).

e) 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.

f) Aktifitas seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri.

Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalkan setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (saifuddin, 2008)

7) Psikososial Dan Spiritual

Menurut Marmi (2015), membagi beberapa fase yaitu :

d) Fase taking in

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

e) Fase taking hold

Fase kedua masa nifas adalah fase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada Fase ini ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan

yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat dirinya dan bayinya sehingga timbul percaya diri

f) Fase letting go

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan dirinya, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat.

8) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah didalam tubuh., termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alcohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologi bayi dan gangguan proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010: 122).

9) Latar Belakang Sosial Budaya

Menurut saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain :

- a. Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur
  - b. Penggunaan bebe perut segala pada masa nifas (2-4 jam pertama)
  - c. Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan keperawatan yang tidak efektif untuk anonia uteri

b. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli,2011:225).

2) Kesadaran komposmistis (Manuaba, 2010: 114)

3) Tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan darah secara sistolik dan diastolick, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari(Varney, Kriebs dan Gegor, 2007: 961)

(b) Nadi

Denyut nadi yang mengikat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum.

Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mengurangi pre\oses ini. Apa bila denyut nadi di atas 100 selama purperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum(Vameyet *all*,2007: 961).

(c) Suhu

Suhu 38oC atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4kali sehari disebut sebagai *morbidity puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi didalam masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak dikemukakan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin,2014)

(d) Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan, cairan, eksaserbasi, asma, dan embulus paru ( Varneyet all, 2008).

4) Pemeriksaan fisik

1) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi terinfeksi, bila merah kekuningan ada konjungtivitis. Tidak ada gangguan dalam penglihatan ( Sulistyawati, 2009: 154)

2) Leher

normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada perbesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli,2011:174).

3) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI berhenti, dan pengeluaran ASI(saifuddin, 2014: 124) Menunjukkan adanya kolestrum penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui( Varney, *et all*, 2008:969)

#### 4) Abdomen

pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih( Saifuddin, 2014:124).

Menurut verney *et all*,( 2008: 1064), pemeriksaan adomen pascapatum dilakukan secara priode pascartum dini (1 jam – 5 jam) yang meliputi tindak berikut:

##### (1)Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandungan kemih mencari secara spisifik distensi kandungan kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisasitas kandungan kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi itu dapat mempredisposisi wanita melainkan ifeksi kandungan kemih.

##### (2)Pemeriksaan uterus

Mencatat, lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penemuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus 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 plasiasi, juga.

#### 5) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochia (Varney *et al* ,2007:969).

Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin,2008:125).

#### 6) Ekstermitas

Phlegmasia 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, tanpa bengkak pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012:148).

#### 5) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut:

Tidak anemia jika hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb <7 gr% (Manuaba,2010:239).

#### 6) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistywati(2009:100) yaitu:

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

c. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa PAPIAH.....hari.....postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati,2009:156). PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan payudara (Varneyet all,2007).

d. Perencanaan

- a) Diagnosa : PAPIAH post partum hari ke.....laktasi lancar lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jaitan perinium, *after pain*, pengembangan (Sulistyawati,2009:126).
- b) Tujuan : Masa nifas berjalan dengan normal tanpa adanya komplikasi bagi ibu dan bayi.
- c) Kriteria : Menurut Manuaba,2010:114

- (1) Keadaan umum : Kesadaran kompesmentis
- (2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- (3) Tanda-tanda vital

Td : 110/70 mmhg

N : 60-80x/menit

S : 36-37,5 oC

R : 16-24x/menit

d) Laktasi normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih, kolostrum merupakan yang amat kaya akan bahan anti infeksi. ASI matang akan dikeluarkan kira-kira dimulai pada hari ke-14 (Suherni,2009:27).

e) Involusi uterus normal

Tabel 2.17

Involusi Uterus Normal Pada Masa Nifas

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber : Manuaba,2010:200

f) Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari ghari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam. Lochea sanguinolenta, keluar pada hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. Serosa, keluar pada hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. Lochea alba keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba,2010:201).

g) KU bayi baik

R : 40-60x/menit

S : 36,5-37,5oC

Investasi menurut Sofian (2012,89)

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 zat makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan, menyusui bayi setiap 2 jam sekali.

c) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas

R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia,2012)

d) Beri konseling ibu tentang KB pasca salin

R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar,2012:89)

e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi,2012:395)

Kemungkinan masalah :

a. Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAK (retensio urin)

Intervensi :

1) Jelaskan tentang pentingnya BAK dalam masa nifas

Rasional : ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

2) Anjurkan kepada ibu untuk banyak minum air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter air putih

R/ air putih berfungsi sebagai memperlancar kinerja sistem urinaria

3) Anjurkan kepada ibu untuk tidak menahan BAK jika ada dorongan untuk BAK

R/ menahan BAK dapat memperparah retensi urine

a. Masalah 2 : Konstipasi

Tujuan : Masalah konstipasi teratasi

Kriteria : ibu bisa BAB dengan lancar

Intervensi :

1) Jelaskan pentingnya BAB setelah pasca persalinan

R/ pasien tidak akan menahan BAB jika ada dorongan untuk

BAB

2) Yakinkan kepada pasien jika berjongkok dan mengejan tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jaitan

R/ menghilangkan rasa takut/ cemas kepada pasien untuk melakukan

BAB

3) Anjurkan pasien untuk mengonsumsi sayuran dan makanan yang banyak mengandung serat

R/ Membantu memperlancar BAB

b. Masalah 3 : Nyeri pada luka jaitan perinium

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri berkurang dan ibu dapat beraktivitas

Intervensi : Menurut Sulistyawati,2009:134.

1) Observasi luka jaitan perinium

R/ Untuk mengkaji jaitan perineum dan adanya infeksi

2) Anjurkan kepada ibu untuk melakukan perawatan perineum yang benar

R/ ibu dapat melakukan perawatan perineum dengan benar, dan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

3) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan dapat berkurang

c. Masalah 4 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu dapat berkurang sehingga ibu dapat beraktivitas

Intervensi : Menurut Suherni,2009:122-123

1) Anjurkan kepada ibu untuk mengosongkan kandung kemih jika terasa penuh agar tidak terasa nyeri

R/ Kandung kemih yang penuh mengakibatkan kontraksi uterus yang tidak optimal dan berdampak pada kram perut

2) Anjurkan ibu untuk tidur secara telungkup bantal dibawah perut

R/ Posisi ini bertujuan untuk menjagakontraksi tetap baik dan menghilangkan rasa nyeri

3) Jika perlu berikan analgesik ( paracetamol, asam ,efenamat, kodein, atau asetaminofen)

R/ M eningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang

1. Masalah 5 : Kurangnyaperawatdiri

Tujuan:

a. Tidakterjadiinfeksi

b. Ibu mampu melakukan perawatan diri slama nifas secara mandiri

Kriteria: Ibu tampak lebih nyaman dan segar

Intervensi menurut Purwanti (2012:53), antara lain :

a) Anjurkan ibu untuk mandi sehari 2 kali sehari

R/ ibu dapat menjaga cara kebersihan diri sendiri

b) Berikan penjelasan tentang pentingnya perawatan diri

R/ ibu dapat mengerti bagaimana cara perawatan diri selama nifas

c) Ajarkan ibu *vulva hygiene* yang benar

R/ dapat mencegah masuknya bibit penyakit yang masuk melalui vagina

d) Jika ada tanda- tanda infeksi segera datang kepetugas Puskesmas

R/ Dapat mencegah komplikasi berkanjut

e. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- a) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b) Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- c) Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*
- d) Melibatkan klien/pasien
- e) Menjaga *privacy* klien
- f) Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk memulihkan tenaganya

- a) Menjelaskan kepada ibu akibat kurang istirahat dan mengurangi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi serta ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri
  - b) Mengajukan ibu untuk mobilisasi secara bertahap
  - c) Mengajukan ibu untuk menjaga kebersihannya
  - d) Memberikan konseling tentang perawatan payudara
  - e) Memberitahu ibu untuk makan yang banyak gizi
  - f) Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan memperlancar ASI
  - g) Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
  - h) Melakukan tindakan sesuai standar
  - i) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan ( Marmi,2010:184)
- f. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun,2010).

g. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia ( rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mncatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah pelaaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.



## 2.2.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

### 2.2.4.1 Pengkajian

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor

938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan,

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Dengan kriteria.

#### 1. Data subyektif

##### a) Identitas Bayi Dan Orang Tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205).

##### 1) Keluhan utama

Terjadi seborrhea, milliarasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012:207-229).

##### 2) Riwayat antenatal

Menurut Varney *et al*, (2007: 916) bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap

masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir.

### 3) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2007:368).

### 4) Riwayat post natal

Menurut Varney *et al*, (2007:917) bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan

mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal.

#### 5) Pola kebiasaan sehari-hari

##### a) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan.

Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:379). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel 2.5 sebagai berikut:

Tabel 2.18  
Kebutuhan Dasar Cairan dan Kalori pada Neonatus

Hari kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kag/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
-----------------	------------	----------

Saifuddin, Abdul bari, 2009:380

## 2) Eliminasi

### (a) Buang Air Kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

### (b) Buang Air Besar (BAB)

Bayi yang pencernaanya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012:77).

### (1) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3

bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012:81).

## (2) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil.

Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putong tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:377-378).

## 3) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun.

Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala

kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2009:137).

#### 4) Psikososial

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

##### a. Data Obyektif

##### 1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37^{\circ}\text{C}$  (Wiknjosastro, 2005:256).Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006:137).

##### 2) Tanda-tanda vital

##### a) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama  $\pm 80$  kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya

berlangsung 10–15 menit (Wiknjosastro, 2005:255). Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2009:138).

#### b) Suhu

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 tubuh paling kurang diukur satu kali sehari. Bila suhu rektal di bawah 36°C, bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas misalnya di dalam inkubator yang mempunyai suhu 36°C-32°C, dalam pangkuan ibu atau bayi dibungkus dan diletakkan botol-botol hangat disekitarnya. Dapat pula dipakai lampu yang disorotkan ke arah bayi. Disamping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rektal diukur setiap ½ jam sampai suhu tubuh diatas 36°C (Wiknjosastro, 2005:256).

#### c) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-

120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2005:255). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh, 2008:369). Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit serta berfluktuasi selaras dengan fungsi pernafasan bayi, aktifitas atau dalam kondisi tidur (Fraser *et all*, 2009:710).

### 3) Antropometri

#### a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2007:256). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2009:138). Berikut disajikan tabel 2.17 mengenai penurunan berat badan sesuai umur :

Tabel 2.19

#### Penurunan Berat Badan dan Kenaikan Sesuai Umur

Umur	Penurunan atau kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidaknya-tidaknya 160 gram perminggu (setidaknya 15 gram

	perhari)
1 bulan minggu pertama	Naik setidaknya-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
Bila penimbangan dilakukan setiap harinya dengan alat	
minggu pertama	tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidaknya-tidaknya 20 gram

Sumber : Wiknjosastro. 2008:143

#### b) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari ujung kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walsh, 2008:368). Menurut Varney, Kriebs dan Geger, (2007:921). panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

#### c) Ukuran kepala menurut Winkjosastro (2005:119) meliputi:

- (1) Dimeter suboksipito-bregmatikus : 9,5-10 cm
- (2) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- (3) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm
- (4) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm

- (5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (a) Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus : 33-34 cm
- (b) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
- (c) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- (d) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm
- d) Lingkar dada : 33-38 cm
- e) Lingkar lengan :  $\pm 11$  cm

#### 4) Pemeriksaan Fisik

##### a) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal,

sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali, mikrosefali, kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2012:56).

b) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012:57).

c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang

menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012:57).

d) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2007:370). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush* (Marmi, 2012:211). Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2006:137). Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. (Fraser *et all*, 2009:711). Telinga Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser dan Cooper, 2009:709). Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2006:33).

e) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012:57-58).

f) 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).

g) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten. (Marmi, 2012:58).

h) Genetalia

(1) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu.

Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012:59).

(2) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012:59).

i) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya.

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012:59).

j) 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, 2008:371-372).

k) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan.

Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2006:137).

Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser *et al*, 2009:709).

l) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:923).

(1) Refleks melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012:72).

(2) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008:134).

(3) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan kedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012:70).

(4) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan.

Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi

atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu (Marmi, 2012:70).

(5) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012:70).

(6) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012:71).

(7) Refleks terkejut (*moro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya (Marmi, 2012:71).

(8) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa

semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012:71).

(9) Refleks menoleh(*tonikneck reflex*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:72).

f) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:72).

## 2. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa kebidanan: Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012:207-229).

### 3. Perencanaan

Diagnosa : Neonatus normal, usia 1-28 hari, aterm, lahir normal  
/tindakan/secso caesarea, jenis kelamin laki-laki/perempuan, KU  
baik.

Tujuan : Bayi dapat beradaptasi dengan lingkungan.

Kriteria : Bayi merasa nyaman. Orang tua tidak khawatir. Tidak terjadi komplikasi pada bayi.

Intervensi :

- a. Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan  
R/ ibu mengetahui kondisi bayinya dan kooperatif dengan petugas.
- b. Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai perubahan fisiologis, pada bayi usia 1-28 hari.

R/ Dengan diberikan penjelasan mengenai perubahan fisiologis, ibu mampu merawat bayinya.

- c. jelaskan kebutuhan dasar pada bayi baru lahir.

R/ ibu dapat memenuhi kebutuhan dasar pada bayinya

- d. jelaskan tanda bahaya bayi pada orang tua

R/ Jika ditemui tanda bahaya orang tua segera merujuk untuk perawatan lebih lanjut.

- e. Ajarkan pada orang tua perawatan sehari-hari untuk bayi baru lahir.

R/ Orang tua mengerti cara perawatan bayi sehari-hari

- f. Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan neonatal minimal 3x kunjungan yaitu : kunjungan ke 1 (KN1) pada 6-48 jam, KN 2 dilakukan pada 3-7 setelah bayi lahir, KN 3 pada waktu 8-28 hari.

R/untuk memantau keadaan neonatus ( Walyani,2014:84).

Potensial masalah

- 1) Masalah I : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria: a) 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, 2006:373).

- b) Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2012:301)

Intervensi menurut Marmi (2012:302) adalah:

- (1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

- (2) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

- (3) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2006:373).

- 2) Masalah 2 : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

- a) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine (Marmi 2012:279).

Intervensi menurut Marmi (2012:284) antara lain:

- (2) 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.

(3) 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.

(4) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensefalopati bilirubin (kern ikterus).

(5) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:943).

### 3. Masalah 3: Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut Marmi (2012:306) :

- a) Kadar glukosa dalam darah  $\geq 45$  mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:306) adalah:

- (1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- (2) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- (3) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- (4) 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.

- (5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

b) Masalah 4 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi.

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229) :

- (1) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

- (2) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/Bahan katun dapat menyerap keringat.

- (3) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

- (4) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/Penatalaksanaan lebih lanjut

- (5) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering ungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- c) Masalah 5 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

Kriteria : a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208) :

(1) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/Mengurangi masuknya udara yang berlebihan

(2) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

#### 4. Pelaksanaan tindakan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidencebased* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI,2007:6).

#### 5. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), 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. Evaluasi atau penilaian dilakuakn secara setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada pada klien/ keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien :

a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien.

- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

## 6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan standar Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia ( rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
  - S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
  - O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
  - A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
  - P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.

## 2.2.5 Asuhan kebidanan KB

### 2.2.5.1 Pengkajian

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor

938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan,

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Dengan kriteria:

1. Data tepat, akurat dan lengkap
2. Terdiri dari Data Subjektif (hasil Anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
3. Data Objektif (hasil Pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

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 usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin,2010:9).

c) Agama

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

d) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Alat Kontrasepsi Bawah Rahim) (Manuaba,2012:592).

e) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011:194).

f) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2011:132).

## 2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan menurut saifuddin (2010:9) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi. (Affandi, 2012:9).

## 3) Riwayat kebidanan

### a) Haid

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012:MK-4). Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012:MK-68). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari

memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:598).

(a) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi.2012:U-52). Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi,2012:MK-52). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Affandi:MK-83).

(b) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014:168). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan

untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan

kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013:209).

4) Riwayat kesehatan

- 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:MK-45).
- b) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi,2012:U-52).
- c) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Affandi,2012:MK-88).

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013:171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesterin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2013:124).

c) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010:MK-42).

d) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:MK-35).

e) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:123).

Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak

boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012:MK-55).

b.Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Affandi, 2012:MK-43).

b) Pemeriksaan antropometri

(1) Berat badan

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:MK-42, MK-50). Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya

terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013:171).

a) Pemeriksaan fisik

(1) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:MK-50).

(2) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Affandi, 2012:MK-52). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Affandi, 2012:MK-75).

(3) Payudara

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012:MK-49, MK-55). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:MK-55). Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya

karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:164).

(4) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:MK-58).

(5) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:170).

Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:MK-77).

Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:MK-75).

(6) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi, 2012:MK-58).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:MK-77).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan.

## 2. Diagnosa kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

P<sub>APIAH</sub> 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

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria :

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

1) Diagnosa : P<sub>APIAH</sub> usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan: a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.

b) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.

- c) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria: a) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.

- b) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.

- c) Ibu terlihat tenang.

Intervensi :

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

- d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

- f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- g) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi. (Affandi 2012:U-3-U-4)

#### 1. Potensial masalah

##### a. Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) :

- 1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

- 2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

- 3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

Masalah 2: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-49) adalah:

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.  
R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.
- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

Masalah 3 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Affandi (2012:MK-79) :

- 1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

- 2) Berikan terapi ibuprofen (800mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

- 3) Lepasakan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

#### 5. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun,2010)

## 6. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus, dan keluarga berencana.