

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Kehamilan, Persalinan, Nifas, BBL dan Kontrasepsi**

##### **2.1.1 Kehamilan**

###### **A. Pengertian kehamilan**

Kehamilan adalah proses mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Sholichah dan lestari, 2017).

Menurut Reece dan Hobbins kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dengan sel mani (sperma) yang disebut pembuahan atau fertilisasi (Mandriwati, dkk, 2017).

Menurut Prawirohardjo 2009, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3

trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40).

## **B. Fisiologi Kehamilan**

Menurut Saifudin (2010) untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi.

### **1. Konsepsi**

Merupakan pertemuan antara sperma dan sel telur yang menandai awal kehamilan. Peristiwa ini merupakan rangkaian kejadian yang meliputi pembentukan gamet dan implantasi embrio di dalam uterus (Romauli, 2011).

### **1. Spermatozoa**

Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3cc sperma yang mengandung 40-60 juta spermatozoa setiap cc, dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tubafalopii. Spermatozoa yang masuk kedalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi (Astuti D, 2016).

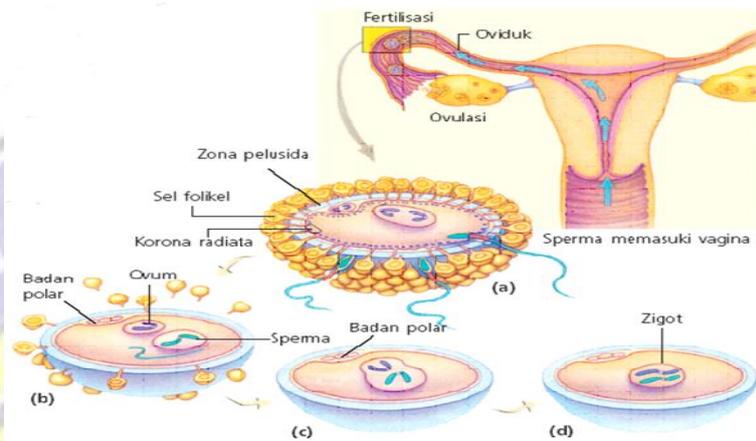
## 2. Ovum

Menurut Saifudin (2009). Ovum ini mempunyai diameter (0,1 mm), di tengah-tengahnya dijumpai nucleus yang terapung-apung dalam sitoplasma yang kekuning-kuningan yakni vitelus. Vitelus ini mengandung banyak zat karbohidrat dan asam amino. Ovum dilingkari oleh zona pelusida, diluar zona pelusida ditemukan sel-sel korona radiata. Tiap folikel akan keluar, kadang-kadang dua folikel, yang dalam perkembangannya akan menjadi folikel de Graff. Selama pertumbuhan menjadi folikel de graff, ovarium mengeluarkan hormone estrogen yang mempengaruhi gerak tuba makin mendekati ovarium. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi (Manuaba, 2012)

## 3. Konsepsi atau fertilisasi (Perubahan Ovum)

Jutaan spermatozoa ditumpahkan di vorniks vagina dan disekitar persio pada waktu coitus. Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitas) untuk membuahi. Konsepsi atau fertilisasi (pembuahan) merupakan penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati

korona radiata (lapisan sel diluar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler). Yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami vertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Astuti D, 2016).



Gambar 2.1.

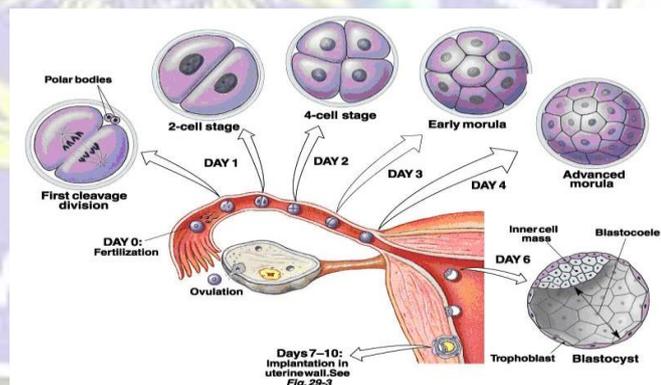
Konsepsi atau vertilisasi (Perubahan Ovum). Pembentukan oosit fertilisasi. A, Primer oosit. B, Pembentukan sekunder oosit. Setelah pemecahan maturitas pertama. Badan polar terbentuk. Badan polar dan oosit mempunyai kromosom setengahnya (BC). C, Pemecahan maturitas sekunder dirangsang oleh maksudnya spermatozoa kedalam oosit. D, pembentukan badan polar kedua badan polar pertama mungkin juga mengalami pengurangan kromosom, pranukleus laki-laki, perempuan terbentuk sebagai persiapan untuk fertilisasi.

Sumber : Manuaba. 2010

#### 4. Nidasi

Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh

ruangan dalam ovum dan disebut *stadium morula*. Pembelahan berjalan terus didalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut *blastula*. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, blastula dengan vili korealisnya yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sel trofoblas yang meliputi “*primer vili korealis*” melakukan distruksi enzimatik-proteolitik, sehingga dapat menanamkan diri dalam endometrium. Proses penanam blastula yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai ke-7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula ke dalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda *Hartman* (Manuaba, 2012).



Gambar 2.2

Perkembangan ovum dan perjalanan menuju kavum uteri, melalui tuba valopii digambarkan secara skematis. Ovum yang belum terpecah, fertilisasi, pembentukan pranukleus, pemecahan gabungan pertama, tingkat dua sel, tingkat empat sel, tingkat bentuk delapan sel, bentuk morula dan pembentukan blastosis, zona pelusida hilang dan mulai berlangsung implantasi.

Sumber : Manuaba.2010

## 5. Pembentukan Plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca dimulai pembentukan vili korealis. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta. (Saifudin.2009). Menurut Romauli 2011, perkembangan dan pertumbuhan hasil konsepsi ada 2 yaitu Perkembangan embrio dan Perkembangan janin:

### a) Perkembangan janin

Perkembangan janin menurut Romauli 2011 yaitu:

#### 1. Minggu ke 8-10

Perkembangan janin:

(a) Kepala mempunyai ukuran kira-kira sama dengan tubuh.

(b) Leher lebih panjang sehingga dagu tidak menyentuh tubuh.

- (c) Pusat-pusat penulungan/ osifikasi muncul pada tulang rawan/kartilago.
- (d) Terbentuk kelopak mata, tetapi tetap menutup sampai minggu ke-25 usus mengalami penonjolan/herniasi kedalam funiculus umbilicus karena tidak tersedia cukup ruang di dalam perut.
- (e) Inseri funiculus umbilicalis, sangat rendah pada abdomen. Apabila perut ibu diraba terlalu keras maka fetus akan bergerak menjauh.

## 2. Minggu ke 12

Perkembangan janin:

- (a) Panjang tubuh kira-kira 9 cm dan berat 14 gram.
- (b) Sirkulasi fetal telah berfungsi secara penuh.
- (c) Traktus renalis mulai berfungsi.
- (d) Terdapat refleks menghisap dan menelan
- (e) Genetalia eksterna telah tampak dan dapat ditetapkan jenis kelaminnya.

## 3. Minggu ke 12-16

Perkembangan janin:

- (a) Panjang badan kira-kira 16 cm.

- (b) Minggu ke-16 dengan berat 100 gram.
  - (c) Kulit sangat tembus pandang/ transparan sehingga vasa darah dapat terlihat.
  - (d) Deposit (timbunan) lemak subkutan terjadi menjelang minggu ke-16
  - (e) Rambutan mulai tumbuh pada kepala dan lanugo (bulu halus)
  - (f) Tungkai lebih panjang daripada lengan.
4. Minggu ke 16-20
- Perkembangan janin:
- (a) Kecepatan pertumbuhan mulai berkurang.
  - (b) Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh panjang badan.
  - (c) Gambaran wajah telah nyata, dengan telinga yang terletak pada tempatnya yang normal
  - (d) Kelopak mata, alis mata, dan kuku telah tumbuh dengan sempurna.
  - (e) Tungkai mempunyai proporsi relative yang baik terhadap tubuh.
  - (f) Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar-x (walaupun sinar-x tidak digunakan untuk keperluan diagnosis).

- (g) Kelenjar minyak telah aktif dan vernix caseosa (zat seperti salep) akan melapisi tubuh fetus/janin.
- (h) Gerakan fetus dapat dirasakan oleh ibu setelah kehamilan minggu ke-18
- (i) Jatung fetus dapat di dengar dengan stetoskop setelah minggu ke-20
- (j) Traktus renalis mulai berfungsi, dan banyak 7-17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.

5. Minggu ke 20-24

Perkembangan janin:

- (a) Kulit sangat berkeriput karena terdapat terlalu sedikit lemak subkutan.
- (b) Lanugo lebih menjadi lebih gelap dan verniks caseosa meningkat.
- (c) Dari minggu ke-24 dan seterusnya, fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan (stimulus) misalnya bising yang keras dari luar.
- (d) Bayi tampak tenang apabila ibu mendengarkan musik yang tenang dan merdu.
- (e) Semua organ telah tumbuh.

- (f) Pemberian sakarin (gula)de dalam cairan ketuban memperlihatkan adanya kecepatan menelan dua kali lebih besar.

#### 6. Minggu ke 24-28

Perkembangan janin:

- (a) Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik.
- (b) Rambut menutupi kepala
- (c) Lebih banyak deposit lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulit berkurang.
- (d) Testis mengalami penurunan dari abdomen ke dalam skrotum pada minggu ke-28
- (e) Fetus lahir pada akhir masa ini mempunyai angka kematian atau mortalitas yang tinggi karena gangguan pernapasan atau respirasi.

#### 7. Minggu ke 28-32

Perkembangan janin:

- (a) Lanugo mulai berkurang.
- (b) Tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana.
- (c) Testis terus turun

## 8. Minggu 32-36

Perkembangan janin:

- (a) Lanugo sebagian besar telah terlepas/ rontok tetapi kulit masih tertutup oleh vernixcaseosa.
- (b) Testis fetus laki-laki terdapat dalam skrotum pada minggu ke-36.
- (c) Ovarium perempuan masih berada di sekitar cavitas pelvic.
- (d) Kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari.
- (e) Umbilicus sekarang terletak lebih di pusat abdomen.

## 9. Minggu ke 36-40

Perkembangan janin:

- (a) Penulangan/ osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir.
- (b) Gerakan pernafasan fetus dapat diidentifikasi pada pemindaian ultrasound. Terdapat cukup jaringan lemak subkutan, dan berat badan hampir 1 kg pada minggu tersebut.

b) Fungsi amnion (cairan ketuban)

1) Cairan amnion/ air ketuban berfungsi sebagai:

- (a) Melindungi fetus terhadap trauma dari luar
- (b) Memungkinkan fetus bergerak bebas
- (c) Menyeimbangkan tekanan intrauteri dan bekerja sebagai peredam guncangan (shock absorber)

(d) Menstabilkan suhu intrauteri

2) Pada persalinan, asalkan kantong cairan tersebut tetap utuh sampai persalinan telah maju, maka cairan amnion:

- (a) Bekerja sebagai bantalan untuk melindungi kepala fetus terhadap tekanan
- (b) Mempertahankan lingkungan fetus tetap steril
- (c) Bekerja sebagai beji (wedge) untuk membantu dilatasi serviks
- (d) Mengurangi efek kontraksi uterus terhadap peredaran darah plasenta (Astuti D.2016)

c) Sirkulasi tali pusat

Tali pusat terletak antara pusat janin dan permukaan fetal plasenta. Warnanya putih merupakan tali pusat yang berpilin, panjangnya kira-kira 55cm (30-100

cm) dan garis tengahnya 1-2 cm. Tali pusat diliputi oleh amnion yang sangat erat melekat, terdiri dari 2 arteri dan 1 vena. Diliputi oleh zat seperti agar-agar yang disebut *selewharthon* yang mencegah kompresi pembuluh darah, sehingga pemberian makanan yang kontinu untuk embrio-janin dapat dijamin. Kompresi dapat terjadi jika korda terletak antara kepala janin dan pelvis atau terpelintir disekitar tubuh janin. Korda yang melintir leher janin disebut *korda nikal* (nucal cord). Inseri tali pusat pada plasenta terdiri atas: insersio sentralis, insersio para sentralis, insersio lateralis, insersio marginalis, insersio velamentosa (Visi, Suharti: 2018).

d) Sirkulasi plasenta

Sirkulasi embrio-plasenta-ibu terjadi pada hari ke-17, saat jantung dan embrio mulai berdenyut. Pada minggu ke-3 embrio bersirkulasi diantara embrio dan vili korion. Fungsi utama plasenta: alat metabolisme, alat transfer (Romauli. 2011). Darah janin mengandung sedikit oksigen. Dipompa oleh jantung janin menuju ke plasenta melalui arteri umbilikus dan diangkut sepanjang cabang ke pembuluh darah kapiler vili korionik. Setelah membuang karbondioksida dan

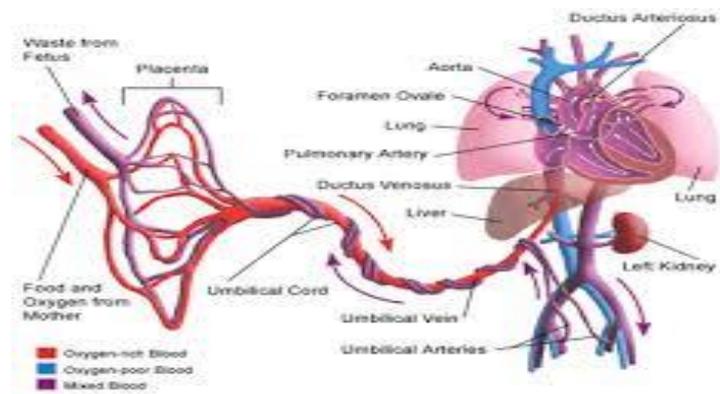
menyerap oksigen darah kembali ke janin melalui vena umbilikus .fungsi utama plasenta :

1. Alat metabolisme terutama pada saat kehamilan muda .plasenta mensintesis glikogen, kolesterol dan asam lemak yang merupakan persediaan nutrient dan energy untuk embrio

2. Alat transfer

- e) Sirkulasi darah fetus

Darah yang sudah direoksigenasi meninggalkan plasenta melalui satu-satunya vena umbilical, vena umbilical berjalan didalam tali pusat ke umbilical dan dari sana ada vena kecil yang berjalan ke porta hepatis. Hampir tidak ada darah yang masuk kedalam hati sebab vena umbilical langsung bersambung dengan vena inferior melalui sebuah pembuluh darah besar yang disebut *duktus venosus*, sebuah struktur yang hanya ada pada masa fetus. Sesudah tali pusat dipotong dan diikat, darah berhenti mengalir dalam arteri dan vena umbilical dan dalam duktus venosus. Semua struktur itu mengerut dan diganti oleh benang jaringan fibus. Ligamentum teres dari hati pada hakikatnya adalah sisa dari vena umbilical (Romauli. 2011).



Gambar 2.3.  
Sirkulasi darah fetus  
Sumber: Romauli.2011

### C. Jenis-jenis kehamilan

1. Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono Prawirohardjo, 2011.

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

2. Standart minimal Kunjungan Kehamilan

Sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan , yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu sbb:

1. 1 kali pa da trimester I
2. 1 kali pada trimester II
3. 1 kali pada trimester III

#### D. Tanda-tanda Kehamilan

##### 1. Tanda tidak pasti (persumtif) :

###### 1. Amenore (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graff dan ovulasi di ovarium.

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi selama kehamilan, dan perlu diketahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tuanya kehamilan dan tafsiran persalinan.

###### 2. Mual muntah

Umumnya terjadi pada kehamilan muda dan sering terjadi pada pagi hari. Progesteron dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah.

###### 3. Ngidam

Menginginkan makanan/minuman tertentu, sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan tetapi menghilang seiring tuanya kehamilan.

###### 4. Sinkope atau pingsan

Terjadi sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan sinkope/pingsan dan akan menghilang setelah umur kehamilan lebih dari 16 minggu.

#### 5. Payudara tegang

Pengaruh estrogen, progesteron, dan somatomamotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.

#### 6. Anoreksia nervosa

Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tapi setelah itu nafsu makan muncul lagi.

#### 7. Sering kencing

Hal ini sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul.

#### 8. Konstipasi/obstipasi

Hal ini terjadi karena tonus otot menurun disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

#### 9. Epulis

Hipertrofi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan.

#### 10. Pigmentasi

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas

- Pipi: Terdapat cloasma gravidarum

- Perut: Striae livide
- Striae albican
- Linea alba makin menghitam
- Payudara: hiperpigmentasi areola mammae
- Varises atau penampakan pembuluh vena

Karena pengaruh estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis erta payudara .

## 2. Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

### 1. Pembesaran Perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

#### a) Tanda Hegar

Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.

#### b) Tanda Goodel

Perlunakan serviks

#### c) Tanda Chadwicks

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

d) Pembesaran uterus yang tidak simetris.

Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

e) Kontraksi Braxton Hicks

Peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.

f) Teraba Ballotement.

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.

g) Pemeriksaan tes biologi kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya HCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu.

3. Tanda Pasti (*Positive Sign*)

a) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan ini baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

b) Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf ( misalnya doppler).

c) Bagian bagian janin

Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir).

d) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Marjati dkk, 2010).

Menurut Manuaba (2010) lama kehamilan berlangsung sampai dengan persalinan aterm adalah sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut:

1. Usia kehamilan 28 minggu dengan berat janin 1000 gram bila berakhir disebut *Keguguran*.
2. Usia kehamilan 29-36 minggu bila terjadi persalinan disebut *Prematuritas*.
3. Usia kehamilan 37-40 minggu disebut *Aterm*.
4. Usia kehamilan >42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau *Serotinus* (Nurkhanifah, 2012).

## E. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut kementerian kesehatan (2013) 6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini (prematuur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu:

### 1. Perdarahan Pada Hamil Muda Maupun Hamil Tua

Perdarahan vagina dalam kehamilan adalah jarang yang normal. Pada masa awal kehamilan, ibu akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting di sekitar waktu pertama terlambat haid. Hal ini karena terjadi implantasi. Pada waktu lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin pertanda dari servik yang rapuh (erosi), mungkin normal atau disebabkan oleh infeksi. Perdarahan vagina yang terjadi pada wanita hamil dapat dibedakan menjadi 2 bagian: pada awal kehamilan: abortus, mola hidatidosa dan kehamilan ektopik terganggu. Pada akhir kehamilan: solusio plasenta dan plasenta previa (Jannah, 2011). Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, miscarriage, early pregnancy loss. Perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan yang lebih tua terutama setelah melewati trimester III disebut perdarahan antepartum (Prawirohardjo, 2010). Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada

perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. kelainan antepartum dapat berasal dari:

1. Kelainan plasenta : plasenta previa, solusio plasenta (abruption plasenta) atau perdarahan antepartum yang belum jelas sumbernya, seperti inversion velamentosa, rupture sinus marginalis, plasenta sirkumvalata.
2. Bukan dari kelainan plasenta, biasanya tidak begitu berbahaya, misalnya kelainan serviks dan vagina (erosion, polip, varises yang pecah) dan trauma. (Mochtar, 2011)
3. Bengkak Dikaki, Tangan Atau Wajah Disertai Sakit Kepala Atau Kejang. Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan yang biasa disebabkan oleh pengaruh hormone dan keletihan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat adalah salah satu gejala preeclampsia. Preeclampsia biasanya disertai dengan penglihatan tiba-tiba hilang/kabur. Bengkak/oedema pada kaki dan muka disertai nyeri pada epigastrium (Jannah, 2011). Edema dapat terjadi pada kehamilan normal. Edema yang terjadi pada kehamilan mempunyai interpretasi, misalnya 40%

edema dijumpai pada hamil normal, 60% edema dijumpai pada kehamilan yang hipertensi, 80% edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi dan proteinuria. Edema terjadi karena hipoalbuminemia atau kerusakan sel endotel kapilar. Edema yang patologik adalah edema yang nondependent pada muka dan tangan atau edema generalisata dan biasanya disertai dengan kenaikan berat badan yang cepat (Prawirohardjo, 2010).

#### 4. Demam Atau Panas Tinggi

Demam tinggi terutama yang diikuti tubuh menggigil, rasa sakit seluruh tubuh, sangat pusing biasanya disebabkan malaria. Pengaruh malaria terhadap kehamilan : memecahkan butir darah merah sehingga menimbulkan anemia, infeksi plasenta dapat menghalangi pertukaran dan menyalurkan nutrisi ke Rahim, panas badan tinggi merangsang terjadi kontraksi Rahim. Akibat gangguan tersebut dapat terjadi keguguran, persalinan prematuritas, dismaturitas, kematian neonates tinggi, kala II memanjang dan retensio plasenta (Jannah, 2011).

#### 5. Air ketuban keluar sebelum waktunya

Dapat diidentifikasi dengan keluarnya cairan mendadak disertai bau yang khas. Adanya kemungkinan infeksi dalam Rahim dan persalinan prematuritas yang

dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Ketuban pecah dini yang disertai kelainan letak akan mempersulit persalinan yang dilakukan di tempat dengan fasilitas yang belum memadai (Jannah, 2011).

#### 6. Bayi Dikandung Gerakannya Berkurang Atau Tidak Bergerak

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama 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. Biasanya diukur dalam waktu 12 jam yaitu sebanyak 10 kali. (Jannah, 2011)

#### 7. Muntah terus (tidak mau makan)

Mual muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi bisa disebut dengan hyperemesis gravidarum (Mochtar, 2011). Gejala hyperemesis lainnya: napsu makan menurun, berat badan menurun, nyeri daerah epigastrium, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, lidah kering dan mata Nampak cekung(Jannah, 2011). Menurut Rahmawati 2011 beberapa factor predisposisi dan factor lain yang telah ditemukan adalah sebagai berikut.

- a) Factor predisposisi: primigravida, overdistensi Rahim: hidramnion, kehamilan ganda, estrogen dan HCG tinggi, mola hidatidosa.
- b) Factor organik: masuknya vili khorialis dalam sirkulasi maternal, perubahan metabolic akibat hamil, resistensi yang menurun dari pihak ibu, alergi.
- c) Factor psikologis: rumah tangga yang retak, hamil yang tidak diinginkan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu dan kehilangan pekerjaan.

Menurut Mochtar 2011 Batas mual muntah berapa banyak yang disebut hyperemesis gravidarum tidak ada kesepakatan. Ada yang mengatakan, bisa lebih dari 10 kali muntah akan tetapi apabila keadaan umum ibu terpengaruh dianggap hyperemesis. Tingkat hyperemesis ada 3, yaitu

- a) Tingkat I : Ringan

Mual muntah terus menerus menyebabkan penderita lemah, tidak mau makan, berat badan turun dan rasa nyeri di epigastrium, nadi sekitar 100 kali permenit, tekanan darah turun, turgor kulit kurang, lidah kering dan muka cekung.

b) Tingkat II : Sedang

Mual muntah yang hebat menyebabkan keadaan umum penderita lebih parah, lemah, apatis, turgor kulit mulai jelek, lidah kering dan kotor, nadi kecil dan cepat, suhu badan naik(dehidrasi),icterus ringan, berat badan turun, mata cekung, tensi turun, hemokonsentrasi, oliguria dan konstipasi. Dapat pula terjadi asetonuria dan dari napas keluar bau aseton.

c) Tingkat II : Berat

Keadaan umum jelek, kesadaran sangat menurun, samnolen smpai koma, nadi kecil, halus dan cepat, dehidrasi hebat, suhu badan naik dan tensi turun sekali, icterus. Komplikasi yang dapat berakibat fatal terjadi pada susunan syaraf pusat (ensefalopati Wernicke) dengan adanya nistagmus, diplopia, perubahan mental.

## **F. Perubahan Fisiologis Masa Kehamilan**

### 1. System reproduksi

#### 1. Vagina dan Vulva

- a) Trimester I : Pengaruh estrogen vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah sehingga menyebabkan berwarna merah kebiruan.
- b) Trimester II : Peningkatan hormon estrogen dan progesterone terjadi hipervaskularisasi mengakibatkan pembuluh-pembuluh darah alat genitalia membesar.
- c) Trimester III : Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan waktu persalinan dengan meningkatnya keterbatasan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertropi sel otot polos.

#### 2. Serviks Uteri

- a) Trimester I : Penurunan fungsi kolagen lebih lanjut secara klinis terbukti dengan melunaknya serviks .
- b) Trimester II : Dengan konsistensi menjadi lunak dan kelenjar kelenjar-kelenjar di serviks dan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak.
- c) Trimester III : Mendekati aterm, konsentrasi kolagen menurun secara nyata dari keadaan relative dilusi dalam keadan menyebar (Disperse). Proses perbaikan

serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan berikutnya yang akan berulang.

### 3. Uterus

- a) Trimester I : Uterus masih sama seperti aslinya pada minggu pertama .
- b) Trimester II : Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20 dengan kapasitas lebih dari 4000 cc.
- c) Trimester III : pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar seiring pertumbuhan janin.

### 4. System payudara

- a) Trimester I : Payudara akan membesar dan tegang, rasa penuh peningkatan sensitivitas.
- b) Trimester II : Pada kehamilan 12 minggu dari puting susu dapat mengeluarkan cairan berwarna putih jernih (Colostrum).
- c) Trimester III : Pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat.

### 5. System perkemihan

- a) Trimester I : Pada bulan kehamilan kandung kencing tertekan sehingga sering timbul rasa ingin kencing
- b) Trimester II : Tonus kandung kemih dapat menurun, hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai

1500 ml. pada saat yang sama, pembesaran uterus menekan kandung kemih menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urin.

- c) Trimester III : kepala janin mulai turun ke pintu panggul, sehingga kandung kemih akan tertekan kembali (Astuti D, 2016)

#### 6. System Pencernaan

- a) Trimester I : mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar. Mual pada pagi hari sering disebut dengan morning sickness.
- b) Trimester II : terjadi konstipasi akibat peningkatan hormone progesterone.
- c) Trimester III : Biasanya juga terjadi konstipasi karena pengaruh hormone progesterone yang meningkat.

#### 7. System Kardiovaskuler

- a) Trimester I : Pada akhir Kehamilan TM I terjadi palpitasi karena pembesaran ukuran serta bertambahnya cardiac output.
- b) Trimester II : pada usia kehamilan 16 minggu mulai jelas terjadi proses hemodilusi.

c) Trimester III : Selama kehamilan jumlah leokosit kan meningkat yakni antara 5000-12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinana dan masa nifas berkisar 14000-16000.

#### 8. System berat badan dan indeks masa tubuh

a) Trimester I : Pada dua bulan prtama kenaikan berat badan belum terlihat tetapi baru Nampak dalam bulan ke-3.

b) Trimester II : kenaikan berat badan 0,4-0,5 kg/minggu selama kehamilan.

c) Trimester III : Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan (Romauli, 2011).

#### 9. Perubahan pada sirkulasi darah ibu

Volume dara semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi), dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu. Serum darah bertambah sebesar 25% sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%.

#### 10. Perubahan pada sel darah

Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi pertumbuhan sel darah tidak seimbangan dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologi. Jumlah sel darah putih meningkat sehingga mencapai 10.000/ml. dengan hemodilusi dan anemia fisiologis maka laju endap darah semakin tinggi dan dapat mencapai 4 kali dari angka normal. Protein darah dalam bentuk albumin dan gamaglonumin dapat menurun pada triwulan oertama, sedangkan fibrinogen meningkat. Pada postpartum dengan terjadinya hemokonsentrasi dapat terjadi tromboflebitis.

#### 11. Perubahan pada sistem respirasi

Pada kehamilan, terjadi juga perubahan system respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan O<sub>2</sub>. Disamping itu, terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada usia kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O<sub>2</sub> yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20-15% dari biasanya.

## 12. Perubahan pada kulit

Pada kulit terdapat perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi terjadi pada striae gravidarum livide/alba, areola mamme, papilla mamme, linea nigra, pipi (cloasma gravidarum), setelah persalinan hiperpigmentasi akan menghilang (Ayu dkk, 2010).

## G. Perubahan Psikologis Ibu Hamil

### 1. TMI

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

1. Ibu akan membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan.
2. Mencari tahu secara aktif apakah memang benar – benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan seringkali memberitahukan orang lain apa yang dirahasiakannya.
3. Hasrat melakukan seks berbeda – beda pada setiap wanita. Ada yang meningkat libidonya, tetapi ada juga yang

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

4. Bagi calon suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggaan, tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga.

## 2. TM II

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum terlalu dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

## 3. TM III

Trimester ketiga biasanya disebut dengan periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut

merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan lahir sewaktu – waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan pada ibu. Seringkali ibu merasa khawatir atau takut kalau – kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Trimester juga saat persiapan aktif untuk kelahiran bayinya dan menjadi orang tua. keluarga mulai menduga – duga apakah bayi mereka laki – laki atau perempuan dan akan mirip siapa. Bahkan sudah mulai memilih nama untuk bayi mereka (Marjati , 2010 ).

#### **H. Ketidaknyamanan Umum selama Kehamilan**

##### **1. Nausea**

Nausea terjadi pada saat perut kosong sehingga biasanya lebih parah di pagihari. Penyebab *morning sickness* masih belum diketahui secara pasti, perubahan hormon selama kehamilan, kadar gula darah yang rendah (mungkin disebabkan oleh tidak makan sehingga mengakibatkan siklus yang tidak berujung pangkal), lambung yang terlalu penuh, peristaltik yang lambat dan faktor – faktor emosi yang lain. puncak nausea dan muntah

pada wanita hamil adalah pada usia kandungan 11 minggu dan menghilang antara umur kehamilan 14 – 22 minggu.

Cara meringankan:

1. Makan porsi kecil, sering bahkan setiap dua jam
2. Makan biskuit kering atau roti bakar sebelum beranjak dari tempat tidur dipagi hari
3. Jangan menyikat gigi segera setelah makan untuk menghindari stimulasi refleks gag.
4. Istirahat
5. Gunakan obat – obatan

## 2. Peningkatan Frekuensi berkemih (TM I dan TM III)

Frekuensi kemih meningkat pada trimester pertama terjadi akibat peningkatan berat pada fundus uterus sehingga membuat isthmus menjadi lunak (tanda hegar) menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar akibat adanya tekanan langsung pada uterus yang membesar. Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Cara meringankan:

1. Kosongkan kandung kemih saat terasa dorongan ingin kencing
2. Banyak minum di siang hari
3. Kurangi minum di malam hari.

### 3. Sakit punggung Atas dan Bawah

Karena tekanan terhadap akar syaraf sehingga kejang otot, ukuran payudara yang semakin bertambah atau keletihan. Sebagian besar disebabkan karena perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut karena titik berat badan berpindah kedepan disebabkan perut yang membesar. Ini diimbangi dengan lordosis yang berlebihan dan sikap ini dapat menimbulkan spasmus.

Cara penanganan :Istirahat cukup, menggunakan penyokong abdomen eksternal, gunakan mekanisme tubuh yang baik untuk mengangkat benda.

### 4. Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Peningkatan aktivitas metabolis yang terjadi selama kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Sesak nafas terjadi pada

trimester III karena pembesaran uterus yang menekan diafragma. Selain itu diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

Cara penanganan :

1. Menjelaskan dasar fisiologis masalah tersebut
2. Mendorong wanita untuk secara sadar mengatur kecepatan dan kedalaman pernafasannya saat sedang mengalami hiperventilasi
3. Anjurkan wanita berdiri dan meregangkan tangannya diatas kepalanya secara berkala dan mengambil nafas dalam
4. Instruksikan melakukan peregangan yang sama ditempat tidur seperti saat sedang berdiri.
5. Edema Dependen

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

Cara penanganan :

1. Hindari menggunakan pakaian ketat
2. Elevasi kaki secara teratur setiap hari
3. Posisi menghadap kesamping saat berbaring

4. Penggunaan korset pada abdomen yang dapat melonggarkan tekanan vena-vena panggul

6. Nyeri ulu hati

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

Penyebab :

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

Cara penanganan :

1. Makan dalam porsi kecil tetapi sering untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh
2. Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya
3. Hindari makanan berlemak, karena lemak mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang dibutuhkan untuk pencernaan.

4. Hindari makanan pedas atau makanan lain yang dapat menyebabkan gangguan pencernaan.

#### 7. Konstipasi

Terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos usus besar ketika terjadi peningkatan progesterone

Cara penanganan :

1. Asupan cairan yang adekuat
2. Istirahat cukup
3. Minum air hangat ( air putih, teh ) saat bangun dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltik
4. Makan makanan berserat dan mengandung serat alami
5. Miliki pola defekasi yang baik dan teratur
6. Lakukan latihan secara umum, berjalan tiap hari, pertahankan postur tubuh yang baik, mekanisme tubuh yang baik, kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur
8. Kram tungkai

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

Cara penanganan :

1. Minta wanita meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya ( dorsofleksikan kakinya )
2. Dorong wanita untuk melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah
3. Anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
4. Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor
9. Kesemutan dan baal pada jari

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

Cara penanganan :

1. Menjelaskan penyebab dari kesemutan dan baal jari-jari
2. Berbaring rileks (Helen Varney, 2008 ).

#### **I. Pelayanan Asuhan Antenatal**

Pelayanan asuhan antenatal adalah pemeriksaan antenatal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang berkualitas sesuai dengan standar:

1. Timbang berat badan dan mengukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal di lakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan

janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 Kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menepis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 Cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*).

#### 2. Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (Tekanan darah  $\geq$  140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (Hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah atau proteinuria).

#### 3. Tentukan nilai status gizi (mengukur lingkar lengan atas/LILA).

Normal: 23,5cm. Pengukuran LILA dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK).

#### 4. Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan ANC dilakukan untuk menentukan usia kehamilan (UK), mendeteksi pertumbuhan janin, serta menghitung taksiran berat janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.

Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 Minggu. Dengan Rumus:

5. Menentukan umur kehamilan (rumus Mc Donald)

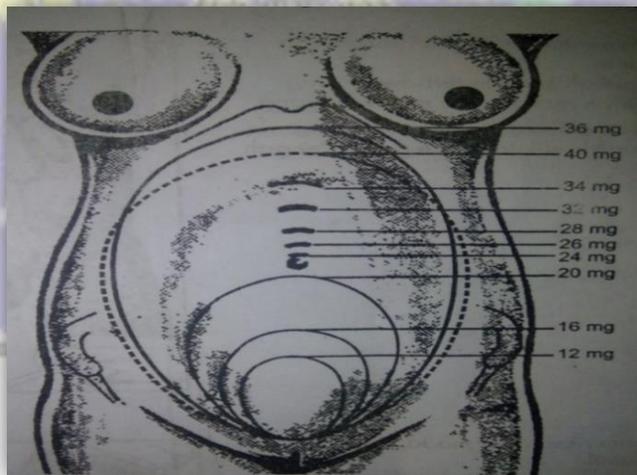
1.  $\text{TFU(cm)} = \text{UK (dalam bulan)} \times 4 \frac{1}{3} = \text{UK (dalam minggu)}$

2.  $\text{TFU(cm)} \times \frac{8}{7} = \text{UK (dalam minggu)}$

6. Menentukan taksiran berat janin (rumus Johnson)

1. Bagian terendah janin belum masuk pintu atas panggul (PAP),  $(\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$ .

2. Bagian terendah janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP)  $(\text{TFU} - 11) \times 155 \text{ gram}$ .



Gambar 2.4

: Tinggi Fundus Uteri Dan Umur Kehamilan

Sumber : Manuaba 2010

### 7. Memberikan imunisasi Tetanus Toxoid (TT) lengkap.

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi TT dengan cara menanyakan kepada ibu status imunisasi TT hamil.

Tabel 2.1  
Jadwal Imunisasi

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	Perlindungan
TT-1	Pada kunjungan ANC pertama	-	-
TT-2	4 minggu setelah TT-1	3 tahun*	80%
TT-3	6 bulan setelah TT-2	5 tahun	95%
TT-4	1 tahun setelah TT-3	10 tahun	95%
TT-5	1 tahun setelah TT-4	25 tahun/seumur hidup	99%

Sumber : Kusmiyati dkk, 2008.

Keterangan\* apabila dalam waktu 3 tahun wanita usia subur tersebut melahirkan, maka bayi yang dilahirkan akan terlindungi dari tetanus neonatorum. Jika pada kontak pertama ibu mengatakan sudah imunisasi TT-1 kali sebelum menikah, maka saat kontak pertama ANC ibu diimunisasi TT-2 dan imunisasi selanjutnya sesuai jadwal. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi TT-2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi TT 5 (*TT Long Live*) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

### 8. Memberikan Tablet FE

Minimal 90 tablet selama kehamilan Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah

(tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

#### 9. Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus).

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah dan pemeriksaan spesifik daerah endemis malaria HIV, dll. Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi lain pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada antenatal tersebut meliputi :

##### 1. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan

##### 2. Pemeriksaan hemoglobin darah (HB)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester I dan sekali pada trimester III. Pemeriksaan ini di tujukan untuk mengetahui ibu

hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah pada ibu hamil pada trimester ke II dilakukan atas indikasi.

### 3. Pemeriksaan protein dalam urin

Pada ibu hamil dilakukan pada trimester ke II dan ke III atas indikasi. Pemeriksaan yang ditujukan untuk mengetahui adanya proteinnuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

### 4. Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang di curigai menderita diabetes melitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester I, sekali pada trimester ke II dan sekali pada trimester ke III.

### 5. Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

#### 6. Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

#### 7. Pemeriksaan HIV

#### 8. Pemeriksaan Basil Tahan Asam (BTA).

Dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan (Visi, Suharti : 2018).

#### 10. Tatalaksana kasus.

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan.

### **J. Kebutuhan dasar ibu hamil**

Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai tahap perkembangannya adalah:

#### 1. Oksigen

Pada dasarnya kebutuhan oksigen semua manusia sama yaitu udara yang bersih, tidak kotor / polusi udara, tidak bau. Pada prinsipnya

hindari ruangan / tempat yang penuh polusi udara (terminal, ruangan, yang sering dipergunakan untuk merokok) (Pantikawati dan Sarwono, 2010).

## 2. Nutrisi

Ibu yang sedang hamil bersangkutan dengan proses pertumbuhan yaitu pertumbuhan fetus yang ada didalam kandungan dan pertumbuhan berbagai organ ibu, pendukung proses kehamilan seperti adneksia, mammae, dll.

Kebutuhan gizi ibu hamil:

- a) Pada kehamilan TM I (minggu 1-12) kebutuhan gizi masih seperti biasa
- b) Pada kehamilan TM II (minggu 13-28) dimana pertumbuhan janin cepat, ibu memerlukan kalori kurang lebih 285 dan protein lebih tinggi dan biasanya menjadi 1,5 g/kg BB.
- c) Pada kehamilan TM III (minggu 27-lahir) kalori sama dengan TM II tetapi naik menjadi 2 g/kg BB. Ibu yang cukup makanannya mendapatkan kenaikan BB yang cukup baik. Kenaikan BB selama hamil rata rata: 9-13,5 kg (Pantikawati dan Sarwono,2010).

## 3. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Menjaga kebersihan diri terutama

lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan keringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena sering terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kurang kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan caries gigi (Sujiyatini, 2009:).

#### 4. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus, selain itu, desakan usus oleh pembearan janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltic usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi.

Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada TM I dan TM III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada TM III terjadi

pembesaran janin yang juga menyebabkan desakkan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan. Karena akan menyebabkan dehidrasi (Sulistyawati, 2012).

#### 5. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis ibu. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini.

- a) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- d) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- e) Pakaian dalam yang selalu bersih (Sulistyawati, 2012).

#### 6. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran.

Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, dan ketuban pecah sebelum waktunya (Romaulli, 2011).

#### 7. Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romaulli, 2011).

#### 8. Kebersihan tubuh

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan Karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan pentingnya pengeluaran keringat. Keringat yang menempel di kulit meningkatkan kelembaban kulit dan memungkinkan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme. Jika tidak dibersihkan (dengan mandi), maka ibu hamil akan sangat mudah untuk terkena penyakit kulit.

Bagian tubuh lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan. Selain dengan mandi,

mengganti celana dalam seara rutin minimal 2 kali sehari sangat dianjurkan (Sulistyawati, 2012).

#### 9. imunisasi

imunisasi selama kehamilan bila ibu hamil statusnya T0 maka hendaknya mendapatkan minimal 2 dosis (TT1 dan TT2 dengan interval 4 minggu dan bila memungkinkan untuk mendapatkan TT3 sesudah 6 bulan). Ibu hamil dengan status T1 diharapkan mendapatkan suntikan TT2 dan bila memungkinkan juga berikan TT3 dengan interval 6 bulan (bukan 4 minggu/1 bulan). Bagi ibu hamil dengan status T2 maka bbisa diberikan 1 kali suntikan bila interval suntikn sebelumnya lebih dari 6 bulan. Bila statusnya T3 maka suntikan selama hamil sekali dengan jarak minimal 1 tahun dari suntikan sebelumnya. Ibu hamil dengan status T4 pun dapat diberikan suntikan (TT5) bila suntikan terakhir telah lebih dari setahun dan bagi ibu hamil dengan status T5 tidak perlu di suntik TT karena telah mendapatkan kekebalan seumur hidup (Romauli, 2011).

## 2.1.2 KONSEP DASAR TEORI PERSALINAN

### A. Definisi Persalinan

persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain , dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (sulistyawati, 2010).

Persalinan adalah proses persalinan yang melalui kejadian secara almhiah dengan adanya kontraksi rahim ibu dan dilalui dengan pembukaan untuk mengeluarkan bayi (Sari dan Ramdani,2014).

Persalinan adalah proses dimana janin dan plasenta meninggalkan rahim(Esfahani,2016).

### B. Jenis-jenis persalinan

#### 1. Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melaluimjalan lahir.

Persalinan normal disebut juga partus spontan yaitu proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri ,tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan

bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Sari dan Rimandini,2014).

## 2. Persalinan buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan forcep/dilakukan dengan section caesarea(Sri dan Rimandini,2014).

## 3. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang diperukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya pemberian Pitocin dan prostaglandin (Sari dan Rimandini,2014).

### **C. Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Normal**

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik yang normal maupun patologis. Lima benang merah akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan mulai dari Kala I hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Adapun lima benang merah tersebut adalah :

#### **1. Membuat Keputusan Klinik**

Membuat keputusann klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan

asuhan yang diperlukan oleh klien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Semua keputusan akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengalaman ilmunya kepada pasien atau klien.

Langkah membuat keputusan klinik:

1. Pengumpulan data: subjektif dan objektif
2. Diagnosis kerja
3. Penatalaksanaan klinik
4. Evaluasi hasil implementasi tatalaksana

## **2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi**

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan dang ibu. Beberapa prinsip – prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dngan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu di perhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

### 3. Pencegahan Infeksi

#### 1. Prinsip pencegahan infeksi

a) Beberapa definisi dalam pencegahan infeksi antara lain:

##### 1) Antiseptis

Antiseptis adalah usaha mencegah infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.

##### 2) Asepsis atau teknik aseptik

Adalah semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang mungkin akan menyebabkan infeksi. Caranya adalah menghilangkan atau menurunkan jumlah mikroorganisme pada kulit, jaringan, dan benda-benda mati hingga tingkat aman.

##### 3) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda (peralatan medis, sarung tangan, meja pemeriksaan) yang terkontaminasi darah dan

cairan tubuh. Cara memastikannya adalah segera melakukan dekontaminasi terhadap benda-benda tersebut setelah terpapar atau terkontaminasi darah atau cairan tubuh.

#### 4) Desinfeksi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit pada benda mati atau instrumen.

#### 5) Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

Suatu proses yang menghilangkan mikroorganisme kecuali beberapa endospora bakteri pada benda mati dengan merebus, mengukus, atau penggunaan desifektan kimia

#### 6) Mencuci dan membilas

Suatu proses yang secara fisik menghilangkan semua debu, kotoran, darah, dan bagian tubuh lain yang tampak pada objek mati dan membuang sejumlah besar mikroorganisme untuk mengurangi resiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau mengangi benda tersebut (proses ini terdiri dari pencucian dengan sabun atau detergen dan air, pembilasan dengan air bersih dan pengeringan secara seksama).

## 7) Sterilisasi

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

### b) Prinsip pencegahan infeksi yang efektif berdasarkan:

- 1) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi yang terjadi bersifat asimtomatik (tanpa gejala).
- 2) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- 3) Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan dan benda-benda lain yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tak utuh, selaput mukosa, atau darah harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar.
- 4) Jika tidak diketahui apakah perlukaan, peralatan atau benda-benda lainnya telah diproses dengan benar, harus dianggap telah terkontaminasi.

5) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total tetapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan pencegahan infeksi yang benar dan konsisten.

c) Tindakan-tindakan pencegahan infeksi meliputi:

- 1) Cuci tangan
- 2) Memakai sarung tangan
- 3) Memakai perlengkapan pelindung
- 4) Menggunakan asepsis atau teknik aseptik.
- 5) Memproses alat bekas pakai.
- 6) Menangani peralatan tajam dengan aman.
- 7) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar.

d) Pengendalian infeksi

- 1) Cuci tangan
  - (a) Mencuci tangan bersih

(1) Pengertian

Membersihkan tangan dari segala kotoran dimulai dari ujung jari sampau dengan siku dan lengan dengan cara tertentu sesuai kebutuhan.

(2) Tujuan

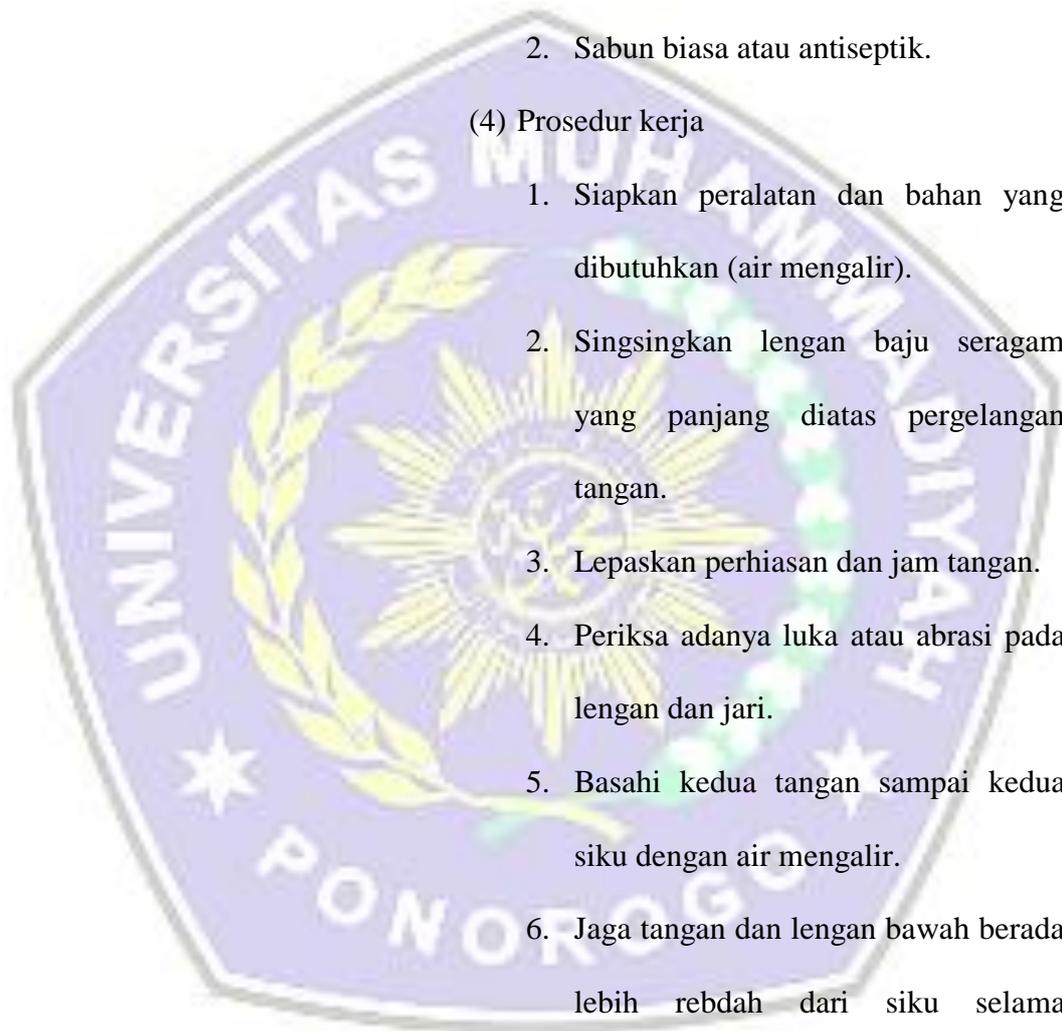
1. Membebaskan tangan dari kuman dan mencegah kontaminasi.

(3) Peralatan

1. Wastafel atau air mengalir.
2. Sabun biasa atau antiseptik.

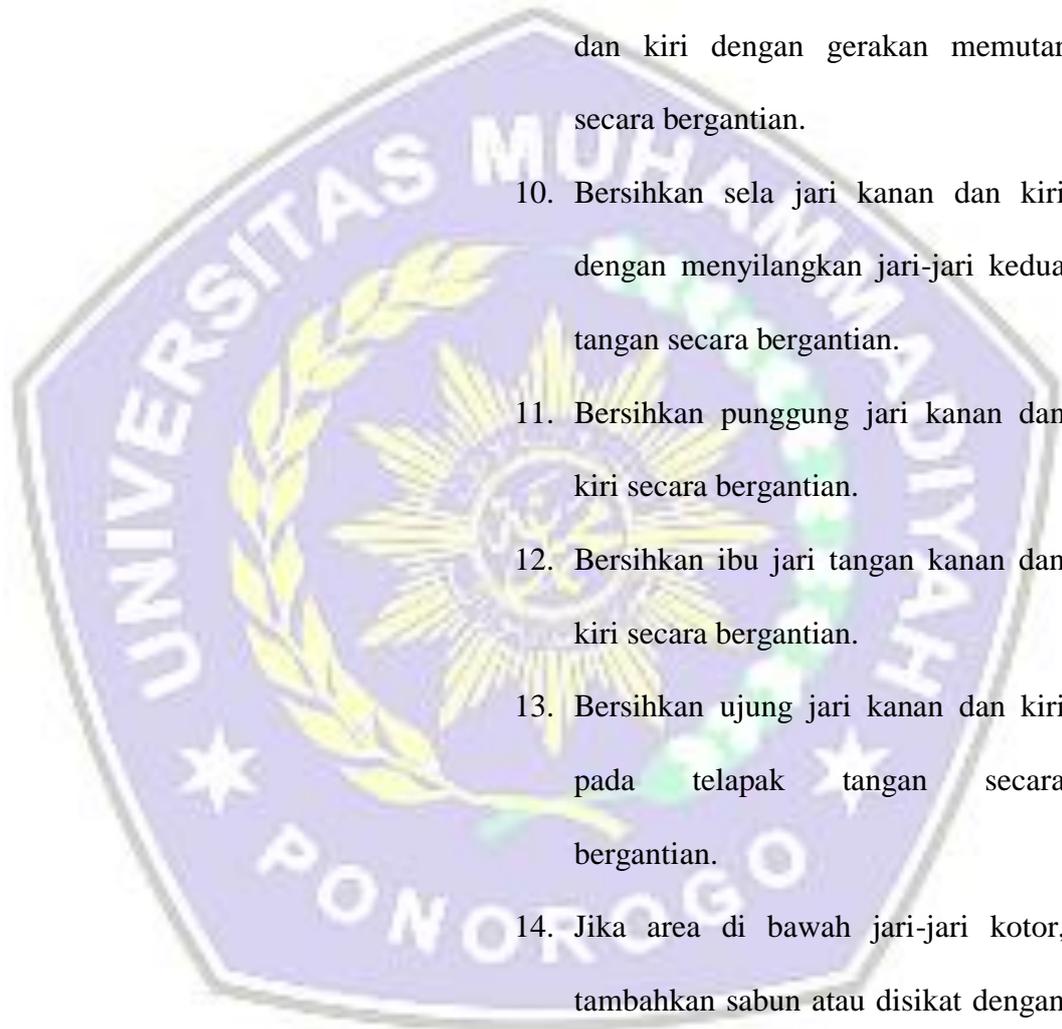
(4) Prosedur kerja

1. Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan (air mengalir).
2. Singingkan lengan baju seragam yang panjang diatas pergelangan tangan.
3. Lepaskan perhiasan dan jam tangan.
4. Periksa adanya luka atau abrasi pada lengan dan jari.
5. Basahi kedua tangan sampai kedua siku dengan air mengalir.
6. Jaga tangan dan lengan bawah berada lebih rebdah dari siku selama prosedur dilakukan.
7. Oleskan 1 ml sabun cair biasa atau 3 ml sabun cair antiseptik pada tangan dan gosok sampai berbusa. Jika



menggunakan sabun batangan, pegang dan gosok sampai berbusa.

8. Bersihkan kedua tangan dan jari 10-15 detik.
9. Bersihkan punggung tangan kanan dan kiri dengan gerakan memutar secara bergantian.
10. Bersihkan sela jari kanan dan kiri dengan menyilangkan jari-jari kedua tangan secara bergantian.
11. Bersihkan punggung jari kanan dan kiri secara bergantian.
12. Bersihkan ibu jari tangan kanan dan kiri secara bergantian.
13. Bersihkan ujung jari kanan dan kiri pada telapak tangan secara bergantian.
14. Jika area di bawah jari-jari kotor, tambahkan sabun atau disikat dengan sikat kuku, penyikatan kotoran di bawah kuku dapat mengurangi mikroorganisme pada tangan.



15. Bilas kedua tangan secara menyeluruh jaga tangan diatas dan siku tetap di bawah. Pembilasan secara mekanik dapat membersihkan kotoran dan mikroorganisme. Mengeringkan tangan mencegah kulit pecah-pecah dan kasar.

16. Gunakan handuk bersih dan kering untuk mengeringkan tangan, gerakan dari jari ke siku. Keringkan dengan gerakan melingkar.

17. Tutup kran dengan menggunakan handuk atau tisu.

(b) Mencuci tangan steril

(1) Pengertian

Mencuci tangan secara steril (suci hama) khususnya bila akan melakukan tindakan steril.

b. Tujuan

1. Mencegah infeksi silang

c. Peralatan:

1. wastafel atau aor mengalir

2. sabun biasa atau antiseptic

3. sikat lembut DTT
4. spons
5. handuk steril atau lap bersih dan kering

d. Prosedur kerja

1. Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan.
2. Lepaskan cincin, jam tangan dan gelang.
3. Basahi kedua tangan dengan menggunakan air mengalir sampai siku, gunakan sabun ke arah lengan bawah, lakukan hal yang sama pada sebelah tangan.
4. Bersihkan kuku dengan pembersih kuku atau sikat lembut ke arah luar, kemudian bersihkan jari hingga siku dengan gerakan sirkular dengan spons. Mengulangi hal yang sama pada lengan yang lain, lakukan minimal 2 menit.
5. Membilas tangan dan lengan secara terpisah dengan air mengalir, setelah

bersih tahan kedua tangan mengarah ke atas batas siku. Jangan biarkan air bilasan mengalir ke arah bersih.

6. Menggosok seluruh permukaan kedua belah tangan, jari dan lengan bawah dengan antiseptik minimal 2 menit.

7. Membilas setiap tangan dan lengan secara terpisah dengan air mengalir, setelah bersih tangan diarahkan ke atas sebatas siku. Jangan biarkan air bilasan mengalir ke arah tangan.

8. Menegakkan kedua tangan ke arah atas dan jauhkan dari badan, jangan sentuh permukaan atau benda apapun.

9. Mengeringkan tangan menggunakan handuk steril atau diangin-anginkan. Keringkan tangan mulai dari ujung jari sampai siku.

(c) Pelindung mata

a. Tujuan

Mencegah transmisi patogen melalui membran mukosa.

b. Peralatan

Googles plastik untuk kacamata

c. Prosedur kerja

1. Cuci tangan.
2. Gunakan pelindung mata (pasang googles pada mata dengan baik).
3. Setelah prosedur tindakan selesai letakkan googles pada tempat semula.
4. Cuci tangan.

(d) Menggunakan masker

a. Tujuan

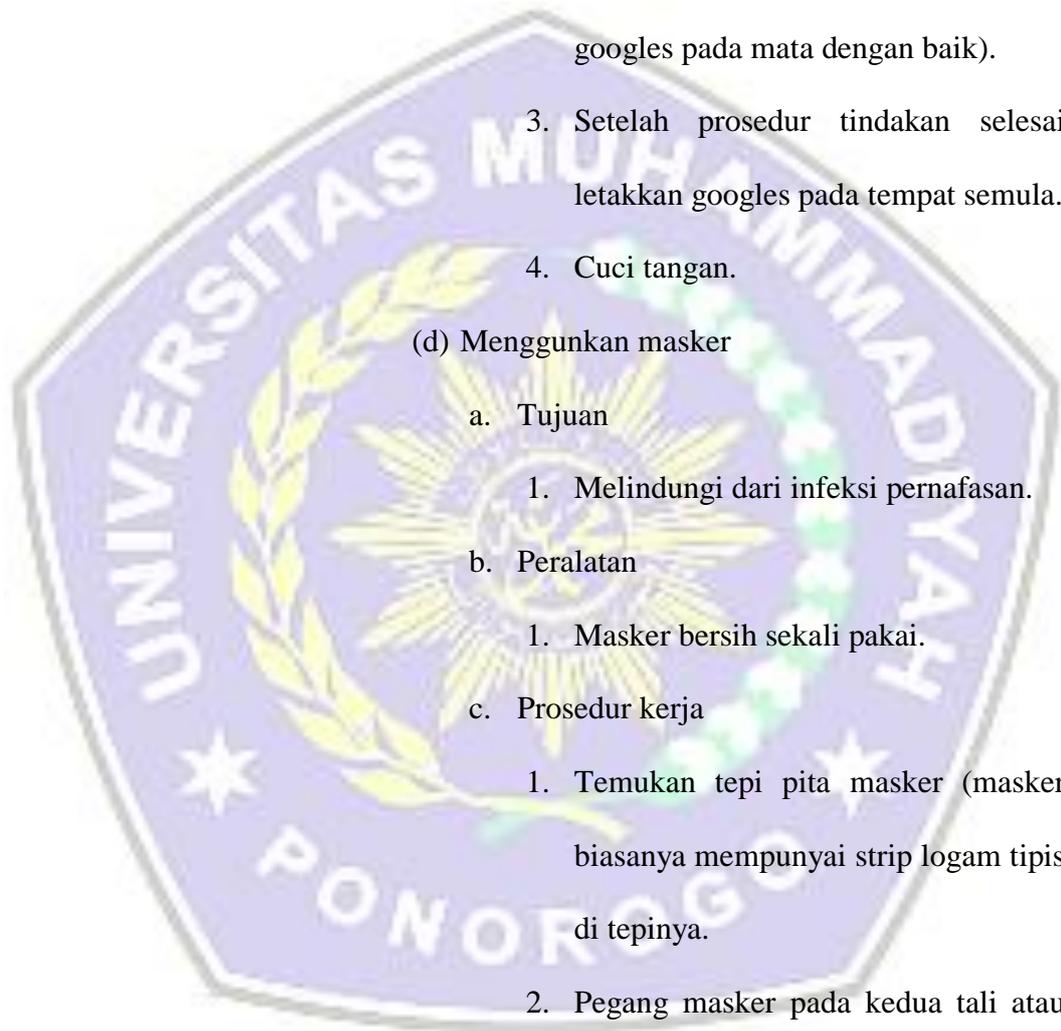
1. Melindungi dari infeksi pernafasan.

b. Peralatan

1. Masker bersih sekali pakai.

c. Prosedur kerja

1. Temukan tepi pita masker (masker biasanya mempunyai strip logam tipis di tepinya).
2. Pegang masker pada kedua tali atau pita bagian atasnya. Ikatkan kedua tali diatas telinga.



3. Ikat kedua tali bawah dengan kuat disekitar leher dengan masker tepat bawah dagu.
4. Dengan peralatan, cupit pita logam di atas sekitar batang hidung anda.

(e) Memakai sarung tangan steril

a. Pengertian

Menggunakan sarung tangan merupakan komponen kunci dalam meminimalkan penularan penyakit serta mempertahankan lingkungan bebas infeksi.

b. Tujuan

1. Mengurangi resiko petugas terkena infeksi bakteri dari klien.

c. Persiapan alat

1. Sarung tangan steril
2. Wastafel/ air mengalir untuk cuci tangan
3. Handuk bersih\Sabun

d. Prosedur

1. Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan
2. Lepaskan cincin, jam tangan dan gelang.
3. Lakukan cuci tangan.
4. Buka pembungkus kemasan bagian luar dengan hati-hati menyibakkannya ke samping.
5. Pegang kemasan bagian dalam dan taruh pada permukaan datar yang bersih tepat diatas ketinggian pergelangan tangan.
6. Buka kemasan, pertahankan sarung tangan pada permukaan dalam pembungkus.
7. Identifikasai sarung tangan kanan dan kiri. Setiap sarung tangan mempunyai mindset kurang dari 5 cm. kenakan sarung tangan pada sarung tangan yang lebih dominan.
8. Dengan ibu jari dan 2 jari lainnya dari tangan yang dominan, pegang tepi

mindset sarung tangan untuk tangan dominan. Sentuh hanya pada permukaan dalam sarung tangan.

9. Tarik sarung tangan pada tangan yang dominan, lebarkan mindset, pastikan bahwa mindset tidak menggulung, pada tangan pastikan ibu jari dan jari-jari anda pada posisi yang tepat.

10. Dengan tangan yang telah memakai sarung tangan, masukkan jari di bawah mindset sarung tangan kedua.

11. Tarik sarung tangan kedua pada tangan yang nondominan. Jangan biarkan jari-jari dan ibu jari sarung tangan yang dominan menyebtuh bagian tangan nondominan yang terbuka. Pertahankan ibu jari sarung tangan nondominan abduksi ke belakang.

12. Jika sarung tangan kedua telah terpasang cakupkan kedua tangan, mindset biasanya terbuka saat

pemasangan. Pastikan untuk menyentuh bagian steril.

2) Cara membuat larutan dekontaminasi

Berikut cara membuat larutan klorin 0,5% :

a) Dengan larutan klorin konsentrat berbentuk cair

Jumlah bagian air:

$$\frac{\% \text{ larutan konsentrat}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} = 1$$

Contoh:

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{5,0 \%}{0,5 \%} - 1 = 10 - 1 = 9$$

Jadi tambahkan 9 bagian air (air tidak perlu dimasak) kedalam 1 bagian larutan klorin konsentrat. Sehingga terdapat rumus 9 : 1 → air : klorin

b) Dengan serbuk yang melepaskan klorin

Jumlah bagian air:

$$\frac{\% \text{ larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsentrat}} = 1000$$

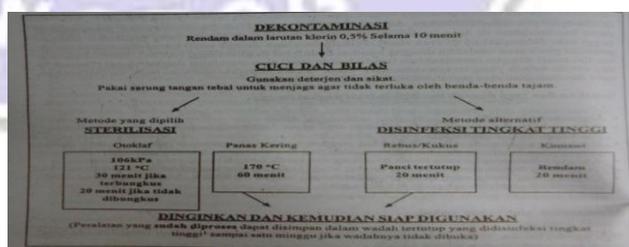
Contoh : untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk yang melepaskan klorin (seperti kalsium hipoklorida) yang mengandung 35% klorin.

### 3) Pemrosesan alat bekas pakai

#### a. Dekontaminasi

Adalah langkah pertama dalam menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi.

Dekontaminasi membuat benda-benda lebih aman untuk ditangani petugas pada saat dilakukan pembersihan. Untuk perlindungan lebih jauh, pakai sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks, jika menangani peralatan yang sudah digunakan atau kotor. Segera setelah digunakan, masukkan benda-benda yang telah terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Ini akan dengan cepat mematikan virus Hepatitis B dan HIV. Berikut gambar 2.6 menjelaskan tahapan pemrosesan alat dalam upaya pencegahan infeksi .



Gambar 2.5  
tahapan pemrosesan alat

(b) Pencucian dan pembilasan

Pencucian adalah sebuah cara yang efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan dan instrumen yang kotor atau sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun desinfeksi tingkat tinggi menjadi kurang efektif tanpa proses pencucian sebelumnya. Jika benda-benda yang terkontaminasi tidak dapat di cuci segera setelah dekontaminasi, bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan-bahan organik, lalu cuci dengan seksama secepat mungkin.

(1) Perlengkapan atau bahan-bahan untuk mencuci peralatan

- a. Sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks.
- b. Sikat halus (boleh menggunakan sikat gigi).
- c. Tabung suntik (minimal ukuran 10 mm: untuk membilas bagian dalam kateter).
- d. Wadah plastik atau baja anti karat (stenlisteel).
- e. Air bersih.

f. Sabun dan detergen.

(2) Tahap-tahap pencucian dan pembilasan

a. Gunakan sarung tangan yang tebal pada kedua tangan.

b. Ambil peralatan bekas pakai yang sudah didekontaminasi (hati-hati bila memegang peralatan yang tajam seperti gunting dan jaru jahit).

c. Agar tidak merusak benda-benda yang terbuat dari plastik atau karet jangan dicuci secara bersamaan dengan peralatan yang terbuat dari logam.

d. Cuci setiap benda tajam secara terpisah dan hati-hati:

1. Gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran.

2. Buka engsel gunting dan klem.

3. Sikat dengan seksama terutama dibagian sambungan dan pojok peralatan.

4. Pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal di peralatan.

5. Cuci setiap benda setidaknya 3 kali (lebih jika perlu). Dengan air mengalir sabun atau detergen.
  6. Bilas benda-benda tersebut dengan air bersih.
- e. Ulangi prosedur tersebut pada benda lain.
  - f. Jika peralatan akan didesinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalnya dalam larutan clorin 0,5%) tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.
  - g. Peralatan yang akan didesinfeksi tingkat tinggi dengan cara dikukus atau di rebus atau sterilisasi di dalam autoklaf atau open panas kering, tidak usah di keringkan sebelum prosedur DTT atau sterilisasi dimulai.
  - h. Selagi masih memakai sarung tangan, cuci sarung tangan dengan air dan sabun kemudian dibilas secara seksama dengan menggunakan air bersih.
  - i. Gantungkan sarung tangan dan biarkan dengan cara diangin-anginkan.

(c) Desinfeksi tingkat tinggi dan sterilisasi

Meskipun sterilisasi adalah cara yang paling efektif untuk membunuh mikroorganisme, sterilisasi tidak selalu memungkinkan dan tidak selalu praktis. DTT adalah satu-satunya alternatif untuk situasi tersebut, DTT bisa dicapai dengan cara:

(1) DTT dengan cara merebus:

- a. Gunakan panci dengan penutup yang rapat
- b. Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan.
- c. Redam peralatan sehingga semuanya terendam dalam air.
- d. Mulai panaskan air.
- e. Mulai hitung waktu saat air mulai mendidih.
- f. Jangan tambahkan benda apapun ke dalam air mendidih setelah perhitungan waktu dimulai.
  1. Rebus selama 20 menit.
  2. Catat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus.

3. Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan.
4. Setelah peralatan kering gunakan segera atau simpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi dan berpenutup. Peralatan bisa disimpan sampai 1 minggu asalkan penutupnya tidak terbuka.

(2) DTT dengan uap panas

Setelah sarung tangan didekontaminasi dan dicuci maka sarung tangan siap di DTT dengan uap tanpa diberi talk.

- a. Gunakan panci perebus yang memiliki 3 susun nampan pengukus.
- b. Gulung bagian atas sarung tangan dapat dipakai tanpa membuka: kontaminasi baru.
- c. Letakkan sarung tangan pada baki atau nampan pengukus yang berlubang di bawahnya. Agar mudah dikeluarkan dari bagian atas panci pengukus, letakkan sarung tangan dengan bagian jarinya ke

arah tangan panci. Jangan menumpuk sarung tangan (5-10 sarung tangan bisa diletakkan di panci pengukus tergantung diameter panci).

- d. Ulangi proses tersebut hingga semua nampan pengukus berisi sarung tangan. Susun 3 nampan pengukus yang berisi air. Letakkan sebuah panci perebus kosong di sebuah kompor.
- e. Letakkan penutup di atas panci pengukus paling atas dan panaskan air hingga mendidih. Jika air mendidih perlahan, hanya sedikit uap air yang dihasilkan dan suhunya mungkin tidak cukup tinggi untuk membunuh mikroorganisme. Jika air mendidih cepat, air akan menguap dengan cepat dan bahan bakar akan terbuang.
- f. Jika uap mulai keluar dari celah-celah diantara panci pengukus mulailah perhitungan waktu. Catat lamanya waktu pengukusan pada buku khusus.
- g. Kukus sarung tangan selama 20 menit.

- h. Angkat nampan pengukus paling atas yang berisi sarung tangan dan goyangkan perlahan-lahan agar air yang tersisa pada sarung tangan dapat menetes keluar.
- i. Letakkan nampan pengukus diatas panci perebus yang kosong disebelah kompor, ulangi langkah tersebut hingga nampan pengukus yang bersisi sarung tangan tersusun diatas panci perebus yang kosong. Letakkan penutup diatasnya hingga sarung tangan menjadi dingin dan kering tanpa terkontaminasi.
- j. Biarkan sarung tangan kering dengan diangin-anginkan sampai kering di dalam panci selam 4-6 jam. Jika diperlukan segera, biarkan sarung tangan menjadi dingin selama 5-10 menit dan kemudian digunakan dalam waktu 30 menit pada saat masih basah atau lembab.
- k. Jika sarung tangan tidak akan dipakai segera. Setelah kering, gunakan pinset DTT untuk memindahkan sarung tangan. Letakkan sarung tangan tersebut dalam

wadah DTT lalu tutuo rapat. Sarung tangan tersebut disimpan sampai 1 minggu.

(3) DTT dengan kimiawi

- a. Letakkan peralatan yang kering, sudah dikontaminasi dan dicuci dalam wadah. Kemudian isi wadah tersebut dengan larutan kimia.
- b. Pastikan bahwa peralatan terendam semua dalam larutan kimia.
- c. Rendam peralatan selama 20 menit.
- d. Catat lama waktu terendam dalam larutan kimia di buku khusus.
- e. Bilas peralatan dengan air matang dan angin-anginkan sampai kering di wadah DTT yang berpenutup.
- f. Setelah kering peralatan dapat digunakan dengan segera digunakan atau disimpan dalam wadah DTT yang bersih.

(d) Penanganan sampah

- a. Tujuan
  - 1) Membuang bahan-bahan berbahaya (toksik dan radio aktif) dengan aman.

b. Cara pembuangan sampah terkontaminasi

1. Menuangkan cairan atau sampah basah ke sistem pembuangan kotoran tertutup.
2. Insinerasi (pembakaran) untuk menghancurkan bahan-bahan sekaligus mikroorganisme.
3. Menguburkan sampah terkontaminasi untuk ditangani lebih lanjut.

c. Penanganan sampah terkontaminasi yang tepat

1. Pakailah wadah plastik atau sepuh logam dengan tutup yang rapat.
2. Gunakan wadah tahan tembus untuk pembuangan benda-benda tajam.
3. Tempatkan wadah sampah dekat dengan lokasi terjadinya sampah dan mudah dicapai oleh pemakai.
4. Peralatan yang dipakai untuk mengumpulkan dan mengangkut sampah tidak boleh dipakai untuk keperluan lainnya.
5. Cuci semua wadah sampah dengan larutan dekontaminasi dan bilas teratur dengan air.

6. Gunakan wadah terpisah untuk sampah yang akan dibakar dengan yang tidak akan dibakar sebelum dibuang.
7. Gunakan perlengkapan perlindungan diri ketika menangani sampah.
8. Cuci tangan atau gunakan penggosok tangan antiseptik berbahan dasar alkohol tanpa air setelah melepaskan sarung tangan sehabis menangani sampah.

(e) Macam-macam sampah terkontaminasi dan cara penanganannya

a. Sampah kering

Macam-macam sampah kering: jarum, kapas, kassa, pembalut, vital tissu, pisau, skalpel, dan semprit. Sampah kering dibagi menjadi sampah padat dan sampah benda tajam. Penanganannya dibakar di dalam insinerator, sisa pembakaran seperti abu serta benda-benda tajam yang tidak hangus dalam pembakaran ditanam dalam lubang tertutup.

b. Sampah basah

Macam-macam sampah basah: darah, duh tubuh, jaringan plasenta, bagian janin, set

transfusi, sampah basah menjadi sampah cair dan sampah padat.

c. Penanganannya dibuang dalam lubang dalam tertutup

(f) Langkah-langkah pembuangan sampah benda tajam.

a. Jangan menyarungkan kembali penutup atau melepaskan jarum dan semprit.

b. Dekontaminasi dengan larutan clorin 0,5% hisap dan semprotkan sebanyak 3x (jika semprit akan diproses kembali, penuh semprit dengan larutan klorin 0,5% dan rendam selama 10 menit).

c. Masukkan benda tajam ke dalam wadah yang tahan tusukan.

d. Jika wadah sudah terisi  $\frac{3}{4}$  bagian, pindahkan dari area tindakan untuk dibuang.

(g) Langkah-langkah membuang wadah benda tajam

a. Pakailah sarung tangan rumah tangga yang tebal.

b. Kontainer yang telah terisi  $\frac{3}{4}$  bagian ditutup atau disumbat/plester dengan rapat, pastikan

tidak ada bagian benda tajam yang menonjol ke luar wadah.

- c. Buang wadah dengan cara dibakar, enkapsulasi dan dikubur.
- d. Lepaskan sarung tangan, cuci setiap hari atau setiap kali kotor.
- e. Cuci tangan dan keringkan dengan handuk bersih.

(h) Langkah-langkah membuang sampah cair

- a. Pakai PPD
- b. Tuangkan sampah cair ke wastafel atau kedalam toilet dengan hati-hati dan disiram dengan air.
- c. Jika sistem pembuangan kotoran tidak tersedia, buang sampah cair dalam lubang tertutup.
- d. Wadah bekas sampah cair di dekontaminasi lalu dicuci.
- e. Lepaskan sarung tangan rumah tangga, cuci setiap hari atau bila terlihat kotor.
- f. Cuci tangan dan keringkan dengan handuk bersih.

- (i) Langkah-langkah membuang sampah padat
- a. Pakai sarung tangan rumah tangga.
  - b. Buang sampah padat dalam wadah bersepuh logam atau plastik dengan penutup ketat.
  - c. Kumpulkan wadah sampah secara reguler dan pindahkan yang bisa dibakar ke dalam insinerator atau area pembakaran.
  - d. Lepaskan sarung tangan rumah tangga, cuci setiap hari atau bila terlihat kotor. Cuci tangan dan keringkan dengan handuk bersih (Ambarwati, 2011).

#### **4. Pencatatan ( Dokumentasi)**

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

## 1. Partograf

### a) Pengertian

Beberapa pengertian dari partograf adalah sebagai berikut:

- 1) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR,2014).
- 2) Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan (Sarwono,2009).

### b) Tujuan

Adapun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

- 1) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir ( JNPK-KR, 2014). Jika digunakan dengan tepat dan

konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- (a) Mencatat kemajuan persalinan
- (b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya
- (c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- (d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- (e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (Sarwono,2009).

c) Penggunaan partograf

Partograf harus digunakan:

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.

- 2) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, Puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Spesialis Obstetri, Bidan, Dokter Umum, Residen dan Mahasiswa Kedokteran) (Dewi A. 2016).

d) Pengisian partograf

Pengisian partograf antara lain:

- 1) Pencatatan selama Fase Laten Kala I Persalinan  
Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik di catatan kemajuan persalinan maupun di Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :

- (a) Denyut jantung janin : setiap 30 menit.
- (b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus :  
setiap 30 menit.
- (c) Nadi : setiap 30 menit.
- (d) Pembukaan serviks : setiap 4 jam.
- (e) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4  
jam.
- (f) Tekanan darah dan temperatur tubuh :  
setiap 4 jam.
- (g) Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2  
–4 jam.
- (h) Pencatatan Selama Fase Aktif Persalinan  
(JNPK-KR,2014).

2) Pencatatan selama fase aktif persalinan

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

- (a) Informasi tentang ibu :
  - (1) Nama, umur
  - (2) Gravida, para, abortus (keguguran)

- (3) Nomor catatan medik nomor Puskesmas
- (4) Tanggal dan waktu mulai dirawat ( atau jika di rumah : tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
  - (b) Waktu pecahnya selaput ketuban
  - (c) Kondisi janin:
    - (1) DJJ (denyut jantung janin)
    - (2) Warna dan adanya air ketuban
    - (3) Penyusupan ( moulase) kepala janin.
  - (d) Kemajuan persalinan
    - (1) Pembukaan serviks
    - (2) Penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin
    - (3) Garis waspada dan garis bertindak
  - (e) Jam dan waktu
    - (1) Waktu mulainya fase aktif persalinan
    - (2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.
  - (f) Kontraksi uterus : frekuensi dan lamanya
  - (g) Obat–obatan dan cairan yang diberikan:

(1) Oksitisin

(2) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.

(h) Kondisi ibu :

(1) Nadi, tekanan darah, dan temperature

(2) Urin (volume , aseton, atau protein)

(i) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan) (Sarwono, 2009).

e) Mencatat temuan pada partograf

Adapun temuan-temuan yang harus dicatat adalah :

1) Informasi Tentang Ibu

Lengkapi bagian awal ( atas ) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan.

Waktu kedatangan ( tertulis sebagai : „jam atau pukul“ pada partograf ) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.

2) Kondisi Janin

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

(a) Denyut jantung janin

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

(b) Warna dan adanya air ketuban

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

Gunakan lambang-lambang berikut ini :

- (1) U: Selaput ketuban masih utuh ( belum pecah )

(2) J: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

(3) M: Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

(4) D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

(5) K : Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi ( kering )

(c) Penyusupan (Molase) tulang kepala janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disporposi kepala panggul ( CPD ). Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disporposi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih ( molase )

yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan.

Apabila ada dugaan disporposi kepala panggul maka penting untuk tetap

memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

- (1) 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- (2) 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- (3) 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- (4) 3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (JNPK-KR,2014).

(d) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera dikolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi

serviks dalam satuan sentimeter dan menempati lajur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan. Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekwensi nadi ibu.

(e) Pembukaan servik

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

- (1) Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam.

(2) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks ( hasil periksa dalam ) dan cantumkan tanda „X“ pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada

(3) Hubungkan tanda „X“ dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus) (JNPK-KR,2014).

(f) Penurunan bagian terbawah janin

Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah bagian janin telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi ada kalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm (JNPK-KR,2014). Berikan tanda „O“ yang ditulis

pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah  $4/5$  maka tuliskan tanda “O” di garis angka 4. Hubungkan tanda „O“ dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

(g) Garis waspada dan garis bertindak

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

(h) Jam dan waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (Dewi A.2016).

(i) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “ kontraksi per 10 menit “ di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi.

(j) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

(a) Oksitosin

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

(b) Obat-obatan lain

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (JNPK-KR,2014).

(k) Halaman belakang

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

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

#### **5. Rujukan**

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, di harapaakan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10–15% di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu ( jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk

menatalaksanan kasus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir. Dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi harus disertai BAKSOKUDA, yaitu:

- a) B (Bidan) :Pastikan ibu dan bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanan gawat darurat.
- b) A (Alat) :Bawa perlengkapan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas dan bayi baru lahir ke tempat rujukan.
- c) K (Keluarga):Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu atau bayi mengapa perlu dilakukan rujukan.Jelaskan kepada mereka alasan dan tujuan untuk dirujuk ke fasilitas yang lebih memadai.
- d) S (Surat):Berikan surat tempat rujukan untuk mengetahui kondisi ibu dan bayi, serta cantumkan alasan mengapa dilakukan rujukan.
- e) O (Obat) :Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ataupun bayi ketempat rujukan.
- f) K (Kendaraan):Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu maupun bayi.
- g) U (Uang) :Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang nantinya diperlukan.

- h) DA (Do'a) :Beritahu keluarga untuk selalu memohon doa agar diberi kelancaran dalam melakukan rujukan (APN, 2008).

#### **D. Tanda permulaan persalinan**

Berikut tanda-tanda permulaan persalinan:

##### 1. Lightening

Menjelang minggu ke- 36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk kedalam panggul.

Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

1. Kontraksi brakton hicks
2. Ketegangan dinding perut
3. Ketegangan ligamentum rotundum
4. Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus(sulistyawati, 2010)

Masuknya kepala janin ke dalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut :

1. Terasa ringan di bagian atas dan rasa sesak berkurang
2. Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
3. Kesulitan saat berjalan
4. Sering berkemih(sulistyawati, 2010:6)

##### 2. Terjadinya His Permulaan

Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan

kontraksi atau his permulaan. His ini sering di istilahkan sebagai His palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

1. Rasa nyeri ingan di bagian bawah
2. Datang tidak teratur
3. Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
4. Durasi pendek
5. Tidak bertambah bila beraktifitas (sulistyawati, 2010)

Tanda Masuk Dalam Persalinan :

1. Terjadinya His persalinan

Dengan karakteristik :

- a) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- b) Sifat his teratur, interval semakin pendek dan kekuatan makin besar
- c) Terjadi perubahan pada serviks
- d) Jika pasien menambah aktifitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

2. Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan)

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- a) Pendataran dan pembukaan
- b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas

c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

### 3. Pengeluaran cairan

Pengeluaran air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban.

Jika ketuban sudah pecah ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam (sulistyawati, 2010). Diagnosis masuknya Persalinan dapat dipastikan dengan mengamati perubahan sebagai berikut:

#### a) Perubahan serviks

kepastian persalinan dapat ditentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka.

#### b) Kontraksi adekuat

Kontraksi dianggap adekuat apabila:

a) Terjadi teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit dan setiap kontraksi sedikitnya 40 detik

b) Uterus mengeras selama kontraksi, tandanya adalahh tidak bisa menekan uterus menggunakan 2 jari (sulistyawati, 2010).

Sangat sulit membedakan antara persalinan sesungguhnya dengan persalinan semu. Namun ada beberapa karakteristik yang bisa diamati untuk membedakannya.

Tabel.2.2  
 karakteristik dari persalinan sesungguhnya dan persalinan semu

No	Persalinan Sesungguhnya	Persalinan Semu
1	Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
2	Rasa nyeri dengan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
3	Interval antara rasa nyeri perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval antara rasa nyeri yang satu dengan yang lain
4	Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
5	Rasa nyeri terasa bagian belakang dan menyebar ke depan	Kebanyakan rasa nyeri di bagian depan
6	Intensitas bertambah dengan adanya aktifitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalannya waktu
7	Tingkat kekuatan kontraksi uterus berhubungan dengan intensitas nyeri	Tingkat kekuatan kontraksi uterus tidak berhubungan dengan intensitas nyeri
8	Lendir darah sering muncul	Tidak ada lendir darah
9	Ada penurunan bagian kepala bayi	Tidak ada kemajuan bagian terendah bayi
10	Kepala bayi sudah terfiksasi di PAP diantar kontraksi	Kepala belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP) walaupun sudah ada kontraksi
11	Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

Sumber: Sulistyawati.2010

Pada table 2.2 disajikan karateristik dari persalinan sesungguhnya dan persalinan semu untuk mempermudah menegakan diagnosa

## E. Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

### 1. PASSAGE ( JALAN LAHIR )

#### 1. Bagian – bagian tulang panggul, terdiri dari :

- a) Os Ischium
- b) Os Pubis
- c) Os Sacrum
- d) Os Illium
- e) Os Coccygis

#### 2. Bagian – bagian Pelvis Minor

Pelvis minor dibagi menjadi tiga bagian :

- a) Pintu atas panggul (PAP)
  - 1) Anterior : crista dan spina pubica
  - 2) Lateral : linea illiopectinea pada os coxae
  - 3) Posterior : tepi anterior ossis sacri dan promontorium
- b) Cavum Pelvis
  - 1) Dinding depan lurus dan dangkal os pubis panjangnya 5 cm
  - 2) Dinding belakang cekung dan dalam. Panjang os sacrum 10-15 cm
  - 3) Os ischium dan sebagian corpus ossis illi terdapat di sebelah lateral

c) Pintu Bawah Panggul (PBP)

Berbentuk jajaran genjang, batas-batasnya :

1. Anterior : lig arcuatum pubis dan artcus pubis.
2. Lateral: tuber ischiadikum dan ligamentum sacrotuberosum.
3. Posterior : ujung os sacrum

3. Bidang Panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan.

Bidang Hodge :

- a) Hodge I: Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium.
- b) Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah simfisis.
- c) Hodge III : Sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- d) Hodge IV : Sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis

(Eka Puspita Sari, 2014).

## 2. POWER ( KEKUATAN IBU )

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

1. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan
2. His persalinan yang menyebabkan perdarahan dan pembukaan serviks
3. Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri.
4. His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks
  - a) Tenaga mengejan
    - 1) Kontraksi otot-otot dinding perut
    - 2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan
    - 3) Paling efektif saat kontraksi atau his (Dwi asri H, 2012)

## 3. PASSANGER ( ISI KEHAMILAN )

### 1. Janin

Hubungan janin dengan jalan lahir:

- a) Sikap : menunjukkan hubungan bagian-bagian janin satu sama lain. Biasanya tubuh janin berbentuk lonjong (avoid) kira-kira sesuai dengan kavum uterus
- b) Letak (situs) : menunjukkan hubungan sumbu janin dengan sumbu jalan lahir. Bila kedua sumbunya sejajar disebut letak memanjang, bila tegak lurus satu sama lain disebut letak melintang

- c) Presentasi dan bagian terbawah : presentasi menunjukkan bagian janin yang berada dibagian terbawah jalan lahir
- d) Posisi dan penyebutnya : posisi menunjukkan hubungan bagian janin tertentu (penyebut, umpamanya ubun-ubun kecil, dagu atau sacrum) dengan bagian kiri, kanan, depan lintang(leteral) dan belakang dari jalan lahir (sulistyawati, 2010).

## 2. Plasenta dan tali pusat

## 3. Air ketuban

Merupakan elemen penting dalam proses persalinan. Air ketuban dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnose kesejahteraan janin (sulistyawati, 2010).

## **F. Tahap persalinan**

### 1. KALA I (Pembukaan)

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap) Proses ini terjadi menjadi 2 fase, yaitu (1) fase laten (8 jam) dimana serviks membuka dari 3 cm dan (2) fase aktif (7 jam) dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida 2 cm per jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.(sulistyawati, 2010).

Proses ini terbagi menjadi dua fase yaitu:

1. Fase laten

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

2. Fase aktif

Fase aktif dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

a) Fase akselerasi ,dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal,dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat ,dari 4 cm menjadi 9 cm .

c) Fase deselerasi ,pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap .(Sari dan Rimandini,2014)

2. KALA II (Pengeluaran Bayi)

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dai pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida (sulistyawati,2010)

Diagnosis persalinan kala II ditegakan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak divulva dengan diameter 5-6 (saifuddin,2009).

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

1. His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.
2. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran karena tertekan fleksus frankenhouser.
4. Dua kekuatan, yaitu his dan meneran akan mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu.
5. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
6. Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara sebagai berikut:
  - a) Pegang kepala pada tulang oksiput dan bagian bawah dagu, kemudian ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
  - b) Setelah kedua bahu bayi lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi.
  - c) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
7. Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. (sulistyawati, 2010).

Selama kala II, petugas harus tetap memantau:

- a) Tenaga, atau usaha mengedan dan kontraksi uterus.
- b) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraksi setiap 15 menit atau lebih sering dilakuakn dengan makin dekatna kelahiran.
- c) Kondisi ibu : periksa nadi dan tekanan darah setiap 30 menit.(saifuddin, 2009).

Terdapat 3 fase pada kala II persalinan:

- a) Fase I, periode tenang : dari dilatasi lengkap sampai desakan untuk mengejan atau awitan usaha mengejan yang sering dan berirama.
- b) Fase II, mengejan aktif : dari awitan upaya mengejan yang berirama atau desakan untuk mendorong sampai bagian presentasi tidak lagi mundur diantara usaha mengejan (crowning).
- c) Fase III, perineal : dari crowning bagian presentasi sampai pelahiran semua tubuh bayi (Varney, Kriebs dan Geger , 2008).

### 3. KALA III (Pelepasan plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti 5-10 menit. (sulistyawati, 2010).

Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Uterus menjadi berbentuk bundar.
2. Uterus terdorong ke atas, karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
3. Tali pusat bertambah panjang.
4. Terjadi perdarahan(sulistyawati, 2010 ).

Manajemen aktif kala III : (1) jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin(2) memberikan oksitosin (3)melakukan PPT (4)masase fundus (Dwi ashri H, 2012). Manajemen aktif pada kala III persalinan mempercepat kelahiran plasenta dan dapat mencegah atau mengurangi perdarahan postpartum (saifuddin, 2009).

#### 4. KALA IV (Observasi)

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam (sulistyawati, 2010 ).Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pasca persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Tingkat kesadaran pasien
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernafasan
3. Kontraksi uterus

4. Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (sulistyawati, 2010).

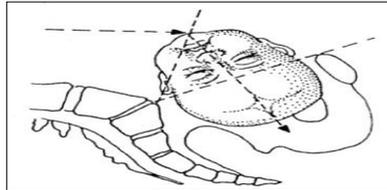
Penolong persalinan harus tetap tinggal bersama ibu dan bayi setidaknya-tidaknya 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu sudah dalam keadaan stabil. Fundus harus diperiksa setiap 15 menit selama 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke 2. Masase fundus harus dilakukan sesuai kebutuhan untuk memastikan tonus uterus tetap baik, perdarahan minimal dan pencegahan perdarahan (saifuddin,2009)

#### **G. Mekanisme persalinan**

Proses persalinan mempunyai tahapan yang disebut kala yang berbeda dari setiap tahapan tersebut. Seorang ibu bersalin akan memasuki persalinannya melalui beberapa tahapan mekanisme persalinan seperti kala I persalinan, umumnya dikenal dengan awitan kontraksi uterus yang teratur sampai dengan dilatasi serviks lengkap, kemudian kala II persalinan yang dikenal sebagai fase dilatasi penuh serviks sampai dengan lahirnya bayi. Dimana kala II ini jauh lebih singkat daripada kala I. Kala III merupakan proses sejak lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta dan membran dan juga fase terakhir dari persalinan adalah pengawasan setelah kelahiran plasenta (Utama dkk, 2011).

Menurut Manuaba (2012) gerakan – gerakan janin dalam persalinan adalah sebagai berikut :

1. *Engagement* ( masuknya kepala ): kepala janin berfiksasi pada pintu atas panggul.



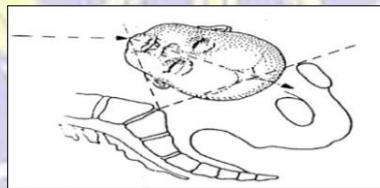
Gambar 2.6  
Kepala masuk PAP

Sumber : (Wiknjosastro, dkk. 2009. *Buku Kebidanan tentang Persalinan Normal*. Yogyakarta)

2. *Descent* ( penurunan )

Penurunan di laksanakan oleh satu / lebih.

1. Tekanan cairan amnion
2. Tekanan langsung fundus pada bokong kontraksi otot abdomen.
3. Ekstensi dan penelusuran badan janin.
4. Kekuatan mengejan.



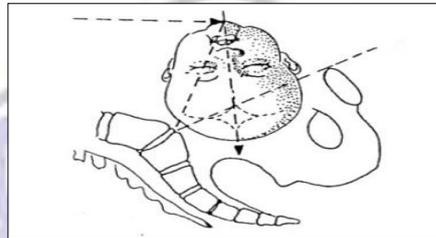
Gambar 2.7  
Penurunan kepala

Sumber : (Wiknjosastro, dkk. 2009. *Buku Kebidanan tentang Persalinan Normal*. Yogyakarta)

3. *Fleksion* (fleksi)

Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus

menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal (Sulistiyawati dan Nugraheny,2010).



Gambar 2.8  
 Fleksion kepala pada PAP

Sumber : (Wiknjosastro, dkk. 2009. *Buku Kebidanan tentang Persalinan Normal*. Yogyakarta)

4. Internal rotation ( rotasi dalam)

Pada waktu terjadi pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari janin memutar ke depan ke bawah simfisis ( UUK berputar ke depan sehingga dari dasar panggul UUK di bawah simfisis).

5. Extension ( ekstensi )

Ubun – ubun kecil (UUK) di bawah simfisis maka sub occiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi (ekstensi).



Gambar 2.9

Gerakan ekstensi kepala

Sumber : Manuaba, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*

6. External rotation (rotasi luar)  
Gerakan sesudah defleksi untuk menyesuaikan kedudukan kapala dengan punggung anak.



Gambar 2.10

Penyesuaian kedudukan kepala

Sumber : (Manuaba, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta)

7. Expulsion ( ekspulsi ): terjadi kelahiran bayi seluruhnya (Widiyatun, 2012).



Gambar 2.11

Pengeluaran kepala

Sumber : (Manuaba, dkk. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta).

## H. Perubahan Fisiologis Persalinan

Selama persalinan, terjadi sejumlah perubahan fisiologis pada ibu. Perubahan-perubahan yang dapat dipastikan secara klinis harus kita ketahui sehingga kita dapat menginterpretasi dengan akurat tanda, gejala, dan temuan fisik serta laboratorium tertentu dan normal tidaknya temuan tersebut selama persalinan.

### 1. Tekanan darah

Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20)mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali pada tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tidur dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Fajar. 2016).

### 2. Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat meningkat. Peningkatan aktifitas metabolic terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung dan cairan yang hilang.

### 3. Suhu

Sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampa 1<sup>0</sup>C, yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan.

#### 4. Denyut nadi (frekuensi jantung)

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi di banding selama periode menjelang persalinan (Romauli.2011).

#### 5. Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

#### 6. Perubahan pada ginjal

Polyuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Sedikit proteinuria(1+) umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin (Dewi A.2016).

#### 7. Perubahan pada saluran cerna

Mortalitas dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Mual dan muntah umum terjadi selama fase transisi, yang menandai akhir fase pertama persalinan.

#### 8. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 mg/100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Kriebs dan Gegor, 2008).

### **I. Kebutuhan dasar selama persalinan**

#### 1. Nutrisi

Jika pasien dalam situasi yang memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam fase aktif biasanya ia hanya menginginkan cairan (sulistyawati, 2010). Pemberian cukup minum pada ibu melahirkan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi.

#### 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:

1. Gravida 5 atau lebih
2. Distensi uterus (ketegangan uterus) yang terlalu berlebihan, misalnya pada kondisi gemeli, polihidramnion atau pada bayi besar
3. Induksi oksitosin
4. Riwayat perdarahan pasca persalinan sebelumnya
5. Riwayat atau predisposisi lain yang memungkinkan pasien untuk mengalami perdarahan segera setelah melahirkan
6. Pasien mengalami dehidrasi dan keletihan
7. Pasien diketahui mengindap penyakit infeksi yang disebabkan oleh streptococcus grup B , sehingga memerlukan terapi antibiotik secara intravena
8. Suhu pasien lebih dari 38<sup>0C</sup> pada saat persalinan
9. Kondisi obstetrik patologis yang mengancam kondisi pasien, misalnya plasenta previa, abrupsio plasenta, pre-eklamsi dan eklamsi (Dewi A.2016).
10. Anestesi epidural

Larutan intravena yang biasa diberikan pada pasien adalah D5% (Dextrose 5%) atau RL (Ringer Laktat) dengan kecepatan 125 ml/jam. Larutan yang diberikan dapat bervariasi tergantung dari tingkat dehidrasi pasien. Pada dehidrasi berat

larutan diberikan 300 ml/jam, selanjutnya aliran dipelambat menjadi 125 ml/jam (sulistyawati,2010)

### 3. Posisi dan Ambulansi

Posisi yang nyaman sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi rasa nyeri dan ketegangan, posisi tertentu akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan akan berjalan dengan lebih cepat. Dalam mengatur aktivitas dan posisi pasien, pasien diperbolehkan untuk melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya serta sesuai dengan keinginan ibu. Namun bila ibu ingin di tempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi terlentang lurus(saifuddin,2009)

### 4. Eliminasi (BAB ATAU BAK)

Buang air besar (BAK) selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada pada tahap awal kala I, ambulansi dengan berjalan seperti aktifitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini dapat membantu kemajuan persalinan (Hidayat.2010).

Pasien akan merasa tidak nyaman ketika merasakan dorongan Buang air besar (BAB). Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi daripada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena pasien tidak tau mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhannya ini. Dalam kondisi ini

penting bagi keluarga dan bidan untuk menunjukkan respon yang positif dalam hal ini kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya (sulistyawati,2010). Jika pasien dapat berjalan sendiri ke toilet, maka cukup bagi pendamping untuk menemaninya sampai ia selesai. Namun jika kondisi sudah tidak memungkinkan untuk turun dari tempat tidur, maka tanyakan terlebih dahulu mengenai posisi paling nyaman serta siapa yang akan dimintai bantuan untuk membersihkannya. Usahakan semaksimal mungkin bagi penolong untuk tidak menunjukkan reaksi negatif (misalnya menutup hidung) karena ini sangat menyakitkan bagi pasien yang sedang bersalin (Indrayani. 2013).

#### 5. Personal hygiene

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan tubuh pasien saat proses persalinan antara lain:

- a. Saat tidak ada his, bidan atau perawat dapat membantu menggantikan baju terutama jika sudah basah dengan keringat. Sarankan pasien untuk menggunakan baju dengan bahan 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.( Anwar. 2011). Menjaga kebersihan diri pasien

juga dapat dilakukan dengan (1) membolehkan ibu untuk mandi, dan (2) menganjurkan ibu untuk membasuh kemaluannya seusai buang air besar/kecil.

#### 6. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Diawal persalinan sebaiknya dianjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring ditempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu (sulistyawati, 2010)

#### 7. Kehadiran pendamping

Kehadiran seseorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga, jika diawal 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 paling ia percaya dalam proses persalinannya (Anwar. 2011).

#### 8. Bebas dari nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasanyeri maka persalinan tidak akan mengalami

kemajuan, karena salah satu tandanya adalah adanya his yang menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan dikamar, duduk di kursi sambil membaca buku atau novel kesukaan, posisi lutut-dada di atas tempat tidur dan sebagainya (Fraser,dkk. 2009).

#### 9. Dukungan dan upaya menyamankan pasien

Tidak ada satupun pasien yang mengatakan bahwa proses persalinan tidak sakit dan nyaman. Namun sebagai bidan tetap harus mengupayakan untuk mengurangi rasa sakit dan memberikan rasa nyaman agar proses persalinan yang dilalui bukan merupakan pengalaman traumatik bagi pasien(sulistyawati,2010).

Beberapa bentuk dukungan dan upaya untuk menyamankan pasien antara lain:

##### 1. Pengaturan posisi

Pasien sangat membutuhkan pengaturan posisi yang dirasakan nyaman dan berganti-ganti; baik di atas tempat tidur maupun dibawah tempat tidur misalnya berjalan jongkok, duduk dikursi, atau bersandar pada dinding

##### 2. Latihan relaksasi

Ada tiga jenis latihan relaksasi yang dapat dilakukan:

###### a) Relaksasi progresif

Sebaiknya latihan ini dilakukan sejak masa kehamilan.

Tekniknya adalah pasien dengan sengaja mengencangkan

sekelompok otot tunggal (misalnya otot lengan, tangan, tungkai dan wajah) sekuat mungkin dan kemudian melepaskannya selemas mungkin. Otot-otot tadi dikencangkan secara berurutan dan progresif dari satu ujung bagian tubuh ke bagian tubuh yang lain. Latihan ini dapat meningkatkan relaksasi tubuh secara keseluruhan serta istirahat dan tidur

b) Relaksasi terkendali

Latihan relaksasi ini juga sebaiknya dilakukan sejak masa kehamilan sehingga dapat dengan lancar diterapkan pada persalinan. Latihan ini dilakukan dengan mengencangkan sekelompok otot sambil mempertahankan sekelompok otot lain untuk berkontraksi, seperti :

- 1) Otot tungkai kanan berkontraksi, otot tungkai kiri relaksasi
- 2) Otot lengan kanan berkontraksi sementara sisi sebaliknya relaksasi
- 3) Otot tungkai dan paha kanan berkontraksi, sisi lainnya relaksasi

c) Mengambil dan mengeluarkan napas dalam setelah masing-masing otot berkontraksi.

Latihan relaksasi ini dapat diajarkan di awal persalinan jika pasien belum mengetahuinya. Caranya dengan menarik

napas kuat dan menghembuskannya dengan kuat setelah kontraksi selesai. Tujuan dari latihan ini antara lain meningkatkan relaksasi, membersihkan napas dari kemungkinan hiperventilasi selama kontraksi dan memutus pola nafas yang cepat.

d) Latihan bernafas

Jika pasien belum mempunyai pengetahuan yang cukup tentang bagaimana cara melakukan latihan bernafas selama persalinan, sebaiknya bidan memberikan pengetahuan mengenai hal ini dengan cara sesederhana mungkin, itupun jika masih ada waktu. Namun jika situasi sudah tidak kondusif lagi karena sudah memasuki fase aktif, bidan cukup memberikan instruksi tentang teknik hirup-hirup-hembus sampai kontraksi selesai.

e) Mencegah kelelahan dan mengupayakan untuk istirahat

f) Menjamin privasi

Untuk mengantisipasi timbulnya rasa tidak nyaman ini dan menghargai martabat pasien, sebaiknya sebelum proses persalinan atau pertolongan persalinan semua individu yang berkepentingan untuk mengikuti jalannya persalinan memperkenalkan diri secara pribadi dan meminta izin kepada pasien serta keluarganya. jika respons yang ia berikan tidak seperti yang kita inginkan, dan ia tidak

memberikan izin untuk diamati oleh orang yang ia anggap membuat tidak nyaman, maka praktikan harus menghargai (Muslihatun. 2009).

g) Menjelaskan proses dan kemajuan persalinan

Tahap awal persalinan merupakan saat yang paling efektif untuk memberikan penjelasan yang diperlukan tentang persalinan kepada pasien dan keluarganya. Informasi yang biasanya lazim disampaikan adalah mengenai berapa cm pembukaan serviksnya serta bagaimana kondisi janinya.

h) Penjelasan prosedur dan batasan yang berlaku

Sebelum melakukan suatu prosedur, sebaiknya bidan memberikan penjelasan mengenai apa yang dilakukan serta apa tujuannya, sehingga pasien akan lebih kooperatif dan prosedur dapat berjalan dengan lancar.

i) Usapan pada punggung

Ada 2 jenis usapan pada punggung pasien yang akan menjalani proses persalinan, yaitu usapan menyeluruh pada punggung pasien dan usapan yang terlokalisasi di titik tertentu. Teknik usapan yang kedua ini berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri punggung bawah pasien akibat proses penurunan kepala.

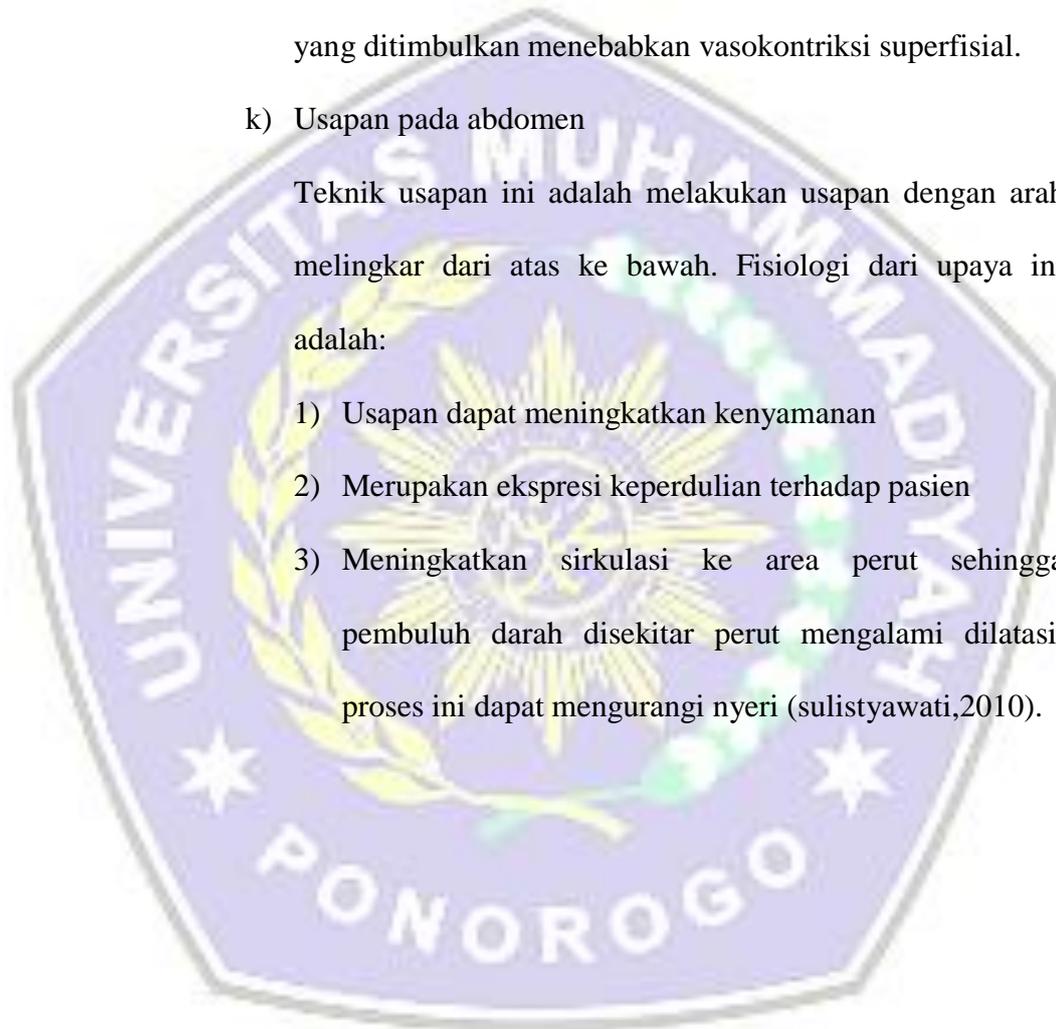
j) Kompres panas atau dingin pada punggung bawah

Kompres panas pada punggung bawah dapat meningkatkan vaskularisasi sehingga dapat memperbaiki sirkulasi darah daerah yang mengalami penekanan oleh kepala janin. Kompres dingin dapat mengurangi nyeri karena efek dingin yang ditimbulkan menyebabkan vasokonstriksi superfisial.

k) Usapan pada abdomen

Teknik usapan ini adalah melakukan usapan dengan arah melingkar dari atas ke bawah. Fisiologi dari upaya ini adalah:

- 1) Usapan dapat meningkatkan kenyamanan
- 2) Merupakan ekspresi kepedulian terhadap pasien
- 3) Meningkatkan sirkulasi ke area perut sehingga pembuluh darah disekitar perut mengalami dilatasi, proses ini dapat mengurangi nyeri (sulistyawati,2010).



### 2.1.3 KONSEP DASAR TEORI NIFAS

#### A. Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu (Ambarwati.2010).

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu.

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Astuti D.2016).

Masa nifas adalah adalah masa setelah melahirkan selama 6 minggu atau 40 hari menurut hitungan awam. Masa ini penting sekali untuk terus dipantau. Nifas merupakan masa pembersihan rahim, sama halnya seperti haid (Saleha,2009).

#### B. Tahapan masa nifas

1. *Puerperium dini*: Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. *Puerperium intermedial*: Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3. *Remote puerperium*: Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan. (Ambarwati, 2010).

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1. *Periode immediate postpartum*: Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.
2. *Periode early postpartum (24 jam-1 minggu)*: Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.
3. *Periode late postpartum (1 minggu-5 minggu)*: Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB. (Saleha, 2009)

## C. Fisiologi Nifas

### 1. Proses Masa nifas

#### 1. Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang paling 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. Di antara otot-otot itu adalah pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya berkurang menjadi 500 gram. Sekitar 2 minggu beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan ke bentuk semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini di anggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang

kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

## 2. 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 nya terlalu rendah. Setelah itu 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- 5 pasca persalinan.

## 3. 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 gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Astuti D.2016)

### Program Kebijakan Dan Teknis

Paling sedikit 4x kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

Tabel 2.3  
Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-48 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.</li> <li>• Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan : rujuk bila pendarahan berlanjut.</li> <li>• Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.</li> <li>• Pemberian ASI awal.</li> <li>• Melakukan hubungan antara ibu dan BBL.</li> <li>• Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.</li> <li>• Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan BBL untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau</li> </ul>

		sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil
2	4 -28 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada pendarahan abnormal, tidak ada bau.</li> <li>• Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau pendarahan abnormal.</li> <li>• Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.</li> <li>• Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</li> <li>• Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.</li> </ul>
3	29 - 42 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.</li> <li>• Memberikan konseling KB secara dini</li> </ul>

Sumber :( Ambarwati, 2010)

## 2. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

### 1. Perubahan sistem reproduksi

#### a) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati, 2010). Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum dapat dilihat di bawah ini:

Tabel 2.4

#### Involusi Uterus

Involusi uteri	TFU	Berat uterus	Diameter uterus	Papasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5	Lembut atau lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan simpisis	500	7,5	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350	5	1 cm
6 minggu	Normal	60	2,5	Menyempit

Sumber :(Ambarwati,2010 )

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara:

- 1) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm di atas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
- 2) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat. Pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simpisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (*postpartum haemorrhage*).

(Ambarwati, 2010)

b) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai bau amis atau anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas/lochea terdiri dari 4 tahapan :

1) Lochea rubra/merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ke 1- 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

2) Lochea sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke- 4 sampai ke- 7 postpartum.

3) Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/lacerasi plasenta. Muncul pada hari ke- 7 sampai hari ke- 14 masa pospartum.

4) Lochea alba/putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan selaput jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

Jumlah total lochea yang diproduksi 150-140 ml dengan jumlah rata - rata 225 ml.selama 2-3 hari pertama setelah melahirkan ,pengeluaran darah dari vagina tergantung pada perubahan ambulasi seperti berdiri dan duduk .Hal ini tidak perlu dikhawatirkan karena masih dianggap normal (Reni,2010).

c) Cervik

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman arena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat permukaan laserasi kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Muara serviks yang dilatasi 10cm pada waktu persalinan, manutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke- 6 postpartum serviks menutup (Ambarwati, 2010).

d) Vulva dan vagina

Mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan

hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke- 4 (Ambarwati, 2010).

e) Payudara (mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut:

- 1) Produksi susu
- 2) Sekresi susu atau *let down*

Selama 9 bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak, dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, refleks saraf merangsang lobus

posterior pituitari untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleksi *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleksi ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama (Saleha, 2009).

f) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah 3 hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta. (Saleha, 2009).

2. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang

makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya BAB kembali teratur dapat diberikan diet/makanan mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2-3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah/gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Ambarwati, 2010).

### 3. Perubahan system perkemihan

Kadang-kadang puerperium mengalami sulit BAK karena spinter ureta ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus spinter ani selama persalinan, juga oleh adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kadang-kadang odema dari trigonium menimbulkan obstruksi dari ureta sehingga sering terjadi retensio urine. Dilatasi ureter dan pyelum normal kembali dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliurie) antara hari ke- 2 dan ke- 5, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Acetonurie terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot rahim dan karena kelaparan. Protein urine akibat dari autolysis dan sel-sel otot (Ambarwati, 2010).

#### 4. Perubahan sistem musculoskeletal

Ligament, fasia diafragma pelvis yang merenggang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusya serat-serat elastic kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

#### 5. Perubahan endokrin

##### a) Hormone plasenta

Penurunan hormone human plasental lactogen (HPL), estrogen dan progesterone serta plasental enzym insulinase membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada saat nifas.

##### b) Hormone pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada waktu wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi

folikuler pada minggu ke- 3, dan LH tetap rendah sehingga ovulasi terjadi.

c) Hormone oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ke- 3 persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah pendarahan.

d) Hipotalamik pituitary ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapat menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesterone.

6. Perubahan tanda-tanda vital

a) Suhu badan

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5C-38C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi.

b) Nadi

Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini disebabkan oleh infeksi atau pendarahan portpartum yang tertunda.

c) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsia postpartum.

d) Pernafasan

Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada gangguan pernafasan.

7. Perubahan system kardioveskuler

Pada persalinan pervaginam haemokonsentrasi akan naik pada SC haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu

8. Perubahan hematologi

Jumlah hemoglobini, hematokrit dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta dan tingkat volume

darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengarungi oleh status gizi dan dehidrasi wanita tersebut. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai ke-7 postpartum akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Ambarwati ER.2010).

#### **D. Perubahan psikologis masa nifas**

Berbagai reaksi ibu setelah melahirkan akan mempengaruhi sikap, perilaku dan tingkat emosional. Tekanan psikologis setelah persalinan merupakan gejala emosional dan perasaan dimana seorang ibu merasa murung, tidak bisa tidur, kelelahan fisik yang berlebihan, dan tidak mengetahui apa yang bisa dilakukan atas peranannya yang baru (Cahyo *et all*, 2008).

Masalah ini dapat dihindari dengan adanya dukungan sosial serta dukungan pelaksana pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan (Prawirohardjo, 2013). Adaptasi psikologis ibu pada masa nifas:

##### **1. Fase *taking in***

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses melahirkan sering berulang akan diceritakannya. Hal ini

cenderung seorang ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya (Suherni, 2009).

## 2. Fase *taking hold*

Fase ini merupakan fase kedua dari masa nifas. Berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Didalam fase ini seorang ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan tentang cara merawat dirinya sendiri dan bayinya sehingga timbul perasaan percaya diri (Suherni, 2009).

## 3. Fase *letting go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri sendiri, dan merawat bayinya sudah mulai meningkat (Suherni, 2009).

## 4. Post partum blues

Penyebab dari terjadinya *postpartum blues* ada beberapa hal diantaranya adalah, lingkungan tempat melahirkan yang kurang mendukung, perubahan hormon yang cepat, dan keraguan terhadap peran yang baru. *Postpartum blues* biasanya terjadi setelah kelahiran dan berlanjut sampai 10-14 hari. Karakteristik postpartum blues adalah menangis, gelisah, perubahan dalam

perasaan, menarik diri, reaksi negatif terhadap bayinya (Sulistyawati, 2009).

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada saat postpartum adalah:

1. Respon dan dukungan keluarga dan sesama

Ibu sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologis. Dengan respon positif dari lingkungan sekitar akan mempercepat proses adaptasi.

2. Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal ini dialami seorang ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia akhirnya menjadi tau bahwa begitu beratnya ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalamannya untuk lebih dewasa.

3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu

Kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya sangat besar.

4. Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati masa transisi ini (Sulistyawati, 2009).

## E. Tanda bahaya nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Feriana, 2012).

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

### 1. Perdarahan pasca persalinan (post partum)

#### 1. Pengertian

Menurut Eny (2009), Perdarahan pasca persalinan (post partum) adalah perdarahan yang melebihi 500 – 600 ml setelah bayi lahir (Feriana, 2012).

a) Perdarahan post partum primer (Early post partum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir (Feriana, 2012).

b) Perdarahan post partum sekunder (Late post partum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam. Penyebab utamanya adalah sub involusi, infeksi nifas dan sisa plasenta. Menurut Manuaba (2005), perdarahan postpartum merupakan penyebab penting kematian maternal (Feriana, 2012).

2. Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah:

a) Paritas lebih dari 5

b) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun

c) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan yaitu pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa (Feriana, 2012).

3. Penanganan

Untuk mengatasi kondisi ini dilakukan penanganan umum dengan perbaikan keadaan umum dengan pemasangan infus, transfusi darah, pemberian antibiotik, dan pemberian uterotonika. Pada kegawat darurat dilakukan rujukan ke rumah sakit (Manuaba, 2008).

2. Lokia berbau busuk

1. Pengertian

Lokia adalah sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Sedangkan lokia yang berbau busuk adalah sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas yang berupa cairan seperti nanah yang berbau busuk (Prawirohardjo, 2010).

2. Penyebab

Ini terjadi karena infeksi dan komplikasi plasenta rest. Plasenta rest merupakan bentuk perdarahan pasca partus

berkepanjangan sehingga pengeluaran lokia disertai darah lebih dari 7–10 hari. Dapat terjadi perdarahan baru setelah pengeluaran lokia normal, dan dapat berbau akibat infeksi plasenta rest. Pada evaluasi pemeriksaan dalam terdapat pembukaan dan masih dapat diraba sisa plasenta atau membrannya. Subinvolusi uteri karena infeksi dan menimbulkan perdarahan terlambat (Manuaba, 2008).

### 3. Penanganan

Tindakan penanganan meliputi pemasangan infus profilaksis, pemberian antibiotik adekuat, pemberian uterotonika (oksitosin atau metergin), dan tindakan definitif dengan kuretase dan dilakukan pemeriksaan patologi-anatomik (Notoatmodjo, 2008).

### 3. Pengecilan rahim terganggu (Sub involusi uterus)

#### 1. Pengertian

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin menjadi 40-60 gram 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut sub involusi (Eny, 2009)

## 2. Penyebab

Faktor penyebab sub involusi antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri. Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lokia banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan (Eny, 2009).

## 3. Penanganan

Menurut Prawirohardjo (2005), pengobatan dilakukan dengan memberikan injeksi methergin setiap hari ditambah ergometrin per oral. Bila ada sisa plasenta lakukan kuretase. Berikan antibiotika sebagai pelindung infeksi (Feriana, 2012).

## 4. Nyeri pada perut dan pelvis

### 1. Pengertian

Menurut Prawirohardjo (2005), tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat menyebabkan komplikasi nifas seperti peritonitis. Peritonitis adalah peradangan pada peritonium (Feriana, 2012).

### 2. Penyebab

Peritonitis nifas bisa terjadi karena meluasnya endometritis, tetapi dapat juga ditemukan bersama-sama dengan salpingo-ooforitis dan sellulitis pelvika.

Selanjutnya ada kemungkinan bahwa abses pada sellulitis pelvika mengeluarkan nanahnya ke rongga peritonium dan menyebabkan peritonitis (Prawirohardjo, 2010).

### 3. Penanganan

Menurut Pamilih (2006), Pengobatan dilakukan dengan pengisapan nasogastrik, pasang infus intravena, berikan kombinasi antibiotik sampai ibu tidak demam selama 48 jam (ampisilin 2 g melalui intravena setiap 6 jam, ditambah gentamisin 5 mg/kg berat badan melalui intravena setiap 24 jam, ditambah metronidazol 500 mg melalui intravena setiap 8 jam) (Feriana, 2012).

Apabila ibu nifas mengerti tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, maka apabila terjadi masalah-masalah seperti infeksi nifas maka ibu akan mengerti dan segera memeriksakan diri ke petugas kesehatan. Sebaliknya jika ibu tidak mengerti tanda-tanda bahaya masa nifas maka ibu tidak akan tahu apakah ibu dalam bahaya atau tidak (Sumiati *et all*, 2015).

### **F. Kebutuhan dasar masa nifas**

Kebutuhan dasar masa nifas menurut haryani(2010)adalah :

#### 1. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi

tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengkonsumsi 3-4 porsi setiap hari). Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus diminum, untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya. Zat – zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain:

1. Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400-500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaiknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

2. Protein

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

3. Kalsium dan Vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi. Kebutuhan kalsium dan vitamin D didapat dari minum susu rendah kalori atau berjemur di pagi hari.

Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, atau 280 gram tahu kalsium.

#### 4. Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang – kacangan.

#### 5. Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan sedikitnya 3 porsi per hari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4 - 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

#### 6. Karbohidrat Kompleks

Selama menyusui, kebutuhan karbohidrat kompleks diperlukan enam porsi per hari. Satu porsi setara dengan 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipil, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue muffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, 1/2 cangkir kacang – kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mie / pasta dari bijian utuh.

## 7. Lemak

Rata – rata kebutuhan lemak dewasa adalah 4 ½ porsi lemak (14 gram per porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, ½ buah alpukat, dua sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, dua iris cake, satu sendok makan mayonnaise atau mentega, atau dua sendok makan saus salad

## 8. Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin seperti kacang asin, keripik kentang atau acar.

## 9. Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter per hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

## 10. Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan.

Vitamin yang diperlukan antara lain:

- a) Vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, wortel dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1,300 mg.

- b) Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitamin B6 dapat ditemui pada daging, hati, padi – padian, kacang polong dan kentang.
- c) Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang – kacangan, minyak nabati dan gandum.

#### 11. Zinc

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuhan luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc didapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan zinc. Kebutuhan zinc setiap hari sekitar 12 mg. Sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging.

#### 12. DHA

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan.

## 2. Ambulasi Dini

Disebut juga *early ambulation*. Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi

yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu postpartum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan / kiri, duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini adalah :

1. Fungsi usus, sirkulasi, paru – paru dan perkemihan lebih baik.
  2. Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
  3. Mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai.
  4. Sesuai dengan keadaan Indonesia (social ekonomis).
  5. Ibu merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat
3. Eliminasi
1. Miksi (BAK)

Kebanyakan pasien dapat melakukan BAK secara spontan dalam 8 jam setelah melahirkan. Selama kehamilan terjadi peningkatan ekstraseluler 50 %. Setelah melahirkan cairan ini dieliminasi sebagai urine. Umumnya pada partus lama yang kemudian diakhiri dengan ekstraksi vakum atau vutam, dapat mengakibatkan retensio urine. Bila perlu,

sebaiknya dipasang dower catheter untuk memberi istirahat pada otot – otot kandung kencing. Dengan demikian, jika ada kerusakan – kerusakan pada otot – otot kandung kencing, otot – otot cepat pulih kembali sehingga fungsinya cepat pula kembali.

## 2. Defekasi (BAB)

Buang air besar (BAB) biasanya tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah melahirkan karena enema prapersalinan, diit cairan, obat – obatan analgetik selama persalinan dan perineum yang sakit. Memberikan asupan cairan yang cukup, diit yang tinggi serat serta ambulasi secara teratur dapat membantu untuk mencapai regulasi BAB.

## 4. Kebersihan Diri / Perineum

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu postpartum dalam menjaga kebersihan diri, antara lain sebagai berikut :

1. Mandi teratur minimal 2 kali sehari
2. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur
3. Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal
4. Melakukan perawatan perineum

5. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari
6. Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia.

#### 5. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal – hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain :

1. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat
2. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan
3. Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur

Kurang istirahat dapat menyebabkan :

1. Jumlah ASI berkurang
2. Memperlambat proses involusi uteri
3. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri.

#### 6. Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomy telah sembuh dan lochea telah berhenti. Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ – organ tubuh telah pulih kembali. Ibu mengalami ovulasi dan mungkin mengalami kehamilan sebelum haid yang

pertama timbul setelah persalinan. Untuk itu bila senggama tidak mungkin menunggu sampai hari ke-40, suami / istri perlu melakukan usaha untuk mencegah kehamilan. Pada saat inilah waktu yang tepat untuk memberikan konseling tentang pelayanan KB.

#### 7. Latihan / Senam Nifas

Organ – organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh. Senam nifas ialah senam yang bertujuan untuk mengembalikan otot – otot terutama rahim dan perut ke keadaan semula atau mendekati sebelum hamil. Beberapa factor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain :

1. Tingkat kebugaran tubuh ibu
2. Riwayat persalinan
3. Kemudahan bayi dalam pemberian asuhan
4. Kesulitan adaptasi postpartum

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut :

1. Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu
2. Mempercepat proses involusio uteri

3. Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot – otot dinding, ligamen – ligamen, otot – otot dasar panggul dan sebagainya yang berhubungan dengan proses persalinan.
4. Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum
5. Memperlancar pengeluaran lochea
6. Membantu mengurangi rasa sakit
7. Merelaksasikan otot – otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan
8. Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas.



## 2.1.4 Bayi Baru Lahir

### A. Pengertian

Bayi baru lahir atau neonatus meliputi umur 0-28 hari. Kehidupan masa neonatus ini sangat rawan oleh karena memerlukan penyesuaian fisiologik agar bayi di luar kandungan dapat hidup sebaik-baiknya (Walyani, 2014).

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

### B. Klasifikasi Bayi Baru lahir

Klasifikasi bayi baru lahir dibedakan menjadi dua macam yaitu klasifikasi menurut berat lahir dan klasifikasi menurut masa gestasi atau umur kehamilan.

#### 1. Klasifikasi menurut berat lahir yaitu :

##### 1. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir  $< 2500$  gram tanpa memandang masa gestasi

##### 2. Bayi Berat Lahir Cukup/Normal

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir  $> 2500 - 4000$  gram

### 3. Bayi Berat Lahir Lebih

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir > 4000 gram

## 2. Klasifikasi menurut masa gestasi atau umur kehamilan yaitu :

### 1. Bayi Kurang Bulan (BKB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi < 37 minggu (< 259 hari)

### 2. Bayi Cukup Bulan (BCB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi antara 37–42 minggu (259–293 hari)

### 3. Bayi Lebih Bulan (BLB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi > 42 minggu (294 hari) (Kosim, 2012).

## C. Ciri – ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
2. Berat badan 2.500-4.000 gram.
3. Panjang badan 48-52 cm.
4. Lingkar dada 30-38.
5. Lingkar kepala 33-35 cm.
6. Lingkar lengan 11-12 cm.
7. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit.
8. Pernapasan ± 40-60x/menit.
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.

10. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
11. Kuku agak panjang dan lemas.
12. Nilai APGAR >7

Tabel 2.5  
Tabel Nilai APGAR Skor

Tanda	Skor		
	0	1	2
Appearance	Pucat	Badan merah, ektrimitas biru	Sekuruh tubuh kemerahan
Pulse	Tidak ada	< 100 x/menit	> 100 x/menit
Grimace	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik/ menyeringai	Batuk/ bersin
Activity	Tidak ada	Ekstrimitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration	Tidak ada	Lemah/ tidak teratur	Baik/ menangis

(Sumber :Sarwono Prawirohardjo, 2009)

13. Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia.
14. Nilai Apgar 7-10 : Bayi normal
15. Nilai Apgar 4-6 : asfiksia sedang ringan
16. Nilai Apgar 0-3 : asfiksia berat (Sarwono Prawirohardjo, 2009)
17. Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
18. Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.

19. Refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.

20. Refleks *grapsing* (menggenggam) sudah baik.

21. Genetalia.

Testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang (laki-laki).

Vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

22. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan. (Nanny, 2011).

#### **D. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir Normal**

##### 1. Sistem Pernapasan

Tabel. 2.6  
Perkembangan Sistem Pulmonal

Usia Kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru terbentuk
26-28 hari	Kedua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
32-36 minggu	Struktur paru matang

Sumber : (Dewi, 2011, Asuhan Neonatus, Bayi dan Anak Balita. Jakarta)

Ketika struktur matang, ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan system alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara neonates bernapas dengan cara bernapas difragmatik dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonates masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik. (Dewi, 2011).

## 2. Suhu tubuh

Mekanisme kehilangan panas pada tubuh bayi :

### 1. Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh : menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

## 2. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara). Contoh : menemptakan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir diruang yang terpasang kipas angin.

## 3. Radiasi

Panas di pancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 Objek yang mempunyai suhu yang berbeda). Contoh : bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan AC tanpa diberikan pemanas (*radiant warmer*), bayi baru lahir dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi baru lahir ditudurkan berdekatan dengan ruang yang dingin, misalnya dekat tembok.

## 4. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap) (Muslihatun, 2010)

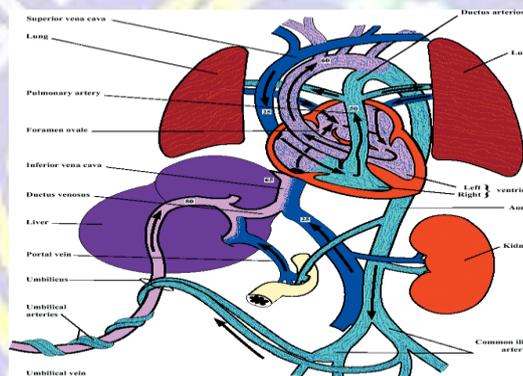
## 3. Peredaran darah

Menurut Askin (2009) Dalam rahim, darah beroksigen mengalir ke janin dari plasenta melalui vena umbilikal. Meskipun sejumlah kecil darah yang mengandung oksigen dikirim ke hati, sebagian besar darah mengalihkan sistem hati melalui duktus venosus, yang membentuk

hubungan antara vena umbilikalisis dan vena cava inferior. Oksigen darah dari vena cava inferior memasuki atrium kanan dan sebagian besar diarahkan melalui foramen ovale ke atrium kiri, kemudian ke ventrikel kiri, dan ke aorta lalu menaik kemudian diarahkan ke jantung janin dan otak . Darah yang teroksigenasi , dari kepala dan ekstremitas atas datang kembali ke atrium kanan oleh vena kava superior, di mana ia menyatu dengan darah beroksigen dari plasenta. darah ini memasuki ventrikel kanan dan arteri pulmonalis, di mana 90% dari itu didorong di duktus arteriosus dan ke aorta menurun, memberikan oksigen ke bagian bawah tubuh janin dan akhirnya menguras kembali ke plasenta melalui dua arteri umbilikalisis. Sisanya 10% dari darah yang berasal dari ventrikel kanan perfuses jaringan paru-paru untuk memenuhi kebutuhan metabolic (CMNRP, 2013).

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arterioli dalam paru menurun diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat *foramen ovale* secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden naik dan juga karena rangsangan biokimia ( $\text{PaO}_2$  yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

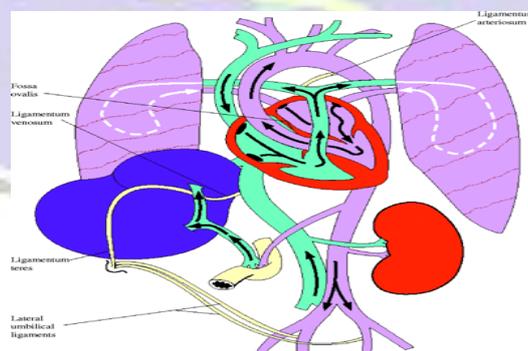
Aliran darah paru pada bayi hari pertama kehidupan adalah 4-5 liter per menit/ m<sup>2</sup> (Gessner, 1965). Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/ m<sup>2</sup> dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/menit/ m<sup>2</sup>) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah melalui transfusi plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg (Dewi, 2011).



Gambar 2.12

Berikut gambar dari penjelasan peredaran darah pada fetus

Sumber : Murphy, 2013



Gambar 2.13

Peredaran Darah Bayi Baru

Sumber : Murphy, 2013

#### 4. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus adalah, relative lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per kg BB akan lebih besar. Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi baru diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak.

Pada jam-jam pertama energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energy berasal dari pembakaran pemenuhan kebutuhan energy bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat (Muslihatun, 2010).

#### 5. Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

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

1. Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa;
2. Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal;
3. *Renal blood* relative kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa. (Dewi, 2011).

#### 6. Immunoglobulin

Pada *neonatus* tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, *lamina propria ilium* serta apendiks. Plasenta merupakan sawar

sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena berat molukulnya kecil. Tetapi bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks dan lain-lain), reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan antibody gamma A,G dan M. (Muslihatun, 2010)

#### 7. Traktus Digestivus

Traktus digestivus relative lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat berwarna hitam kehijauan yang terdiri atas mukopolisakarida atau disebut juga dengan mekonium. Pengeluaran mekonium biasanya pada 10 jam pertama kehidupan dan dalam 4 hari setelah kelahiran biasanya fese sudah berbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus biasanya sudah terdapat pada neonatus, kecuali enzim amylase prankeas. (Dewi, 2011).

#### 8. Hati

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

juga belum sempurna, contohnya pemberian mg/kg BB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome* ( Muslihatun, 2010).

#### 9. Keseimbangan Asam Basa

Tingkat keseimbangan (pH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobic. Namun, dalam waktu 24 jam, neonatus telah mengompensasi asidosis ini (Dewi, 2011).

#### E. Bayi Baru Lahir Risiko Tinggi

Kondisi-kondisi yang menjadikan neonatus berisiko tinggi, antara lain :

##### 1. Bayi dengan berat badan lahir rendah

Bayi dengan berat badan lahir rendah yaitu bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram). Komplikasi yang dapat terjadi pada bayi dengan berat badan lahir rendah diantaranya adalah penyakit hipotermia, gangguan pernafasan, membran hialin, ikterus, pneumonia, aspirasi dan hiperbilirubinemia (Prawirohardjo, 2010).

##### 2. Asfiksia neonatorum

Suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asamarang dari tubuhnya (Karyuni, 2009).

### 3. Perdarahan tali pusat

Perdarahan yang terjadi pada tali pusat bisa timbul karena trauma pada pengikatan tali pusat yang kurang baik atau kegagalan proses pembentukan trombus normal. Selain itu, perdarahan pada tali pusat juga dapat sebagai petunjuk adanya penyakit pada bayi. (Dewi, 2010).

### 4. Kejang neonatus

Kejang pada neonatus bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan suatu gejala penting akan adanya penyakit lain sebagai penyebab kejang atau adanya kelainan susunan saraf pusat. Penyebab utama terjadinya kejang adalah kelainan bawaan pada otak, sedangkan sebab sekunder adalah gangguan metabolik atau penyakit lain seperti penyakit infeksi. Di negara berkembang, kejang pada neonatus sering disebabkan oleh tetanus neonatorum, sepsis, meningitis, ensefalitis, pendarahan otak, dan cacat bawaan (Tanto, Liwang, 2014).

## **F. Tanda-tanda Bahaya Bayi Baru Lahir**

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit, retraksi dada saat inspirasi.
2. Suhu terlalu panas lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$  atau terlalu dingin atau kurang dari  $36^{\circ}\text{C}$ .
3. Kuit atau bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama pada 24 jam pertama)

4. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
5. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
6. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit.
7. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, faeses hijau/berlendir/darah.
8. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasa, lemas, mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang.
9. Menangis terus-menerus
10. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan (Muslihatun, 2010).

#### **G. Tahapan Bayi Baru Lahir**

1. Tahap 1 terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.
2. Tahap II disebut tahap transisi reaktivitas. Pada tahap ini dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
3. Tahap III disebut tahap periodic, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

(Lia Dewi Vivian Nanny : 2010).

## H. Pelayanan Kesehatan Neonatus

- 1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan :
  - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
  - b. Berikan ASI Eksklusif
  - c. Rawat tali pusat (Walyani, 2014)
- 2) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
  - a. Jaga kehangatan tubuh bayi.
  - b. Berikan ASI Eksklusif
  - c. Cegah infeksi.
  - d. Rawat tali pusat (Walyani, 2014)
- 3) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.
  - a. Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit.
  - b. Lakukan :
    - a) Jaga kehangatan tubuh.
    - b) Beri ASI Eksklusif.
    - c) Rawat tali pusat (Walyani, 2014)

## 2.1.5 Keluarga Berencana

### A. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Maryunani, 2016).

### B. Tujuan Program KB

1. Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa.
2. Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa
3. Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR) yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi (Maryunani, 2016).

### C. Macam-macam Akseptor KB

Menurut Maryunani, 2016,

1. Akseptor adalah peserta KB, yaitu pasangan usia subur (PUS) yang menggunakan salah satu alat kontrasepsi.
2. Akseptor aktif adalah pasangan usia subur yang pada saat ini sedang menggunakan salah satu alat/obat kontrasepsi

3. Akseptor baru adalah pasangan usia subur yang baru menggunakan alat atau obat kontrasepsi.
4. Akseptor dini adalah para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.
5. Akseptor langsung adalah para istri yang menerima salah satu kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.
6. Akseptor lestari adalah akseptor yang menggunakan alat kontrasepsi secara terus-menerus dalam waktu sekurang-kurangnya 5 tahun.
7. Akseptor sterilisasi adalah pasangan suami-istri yang terikat oleh perkawinan yang harmonis dan menerima sterilisasi sebagai cara membatasi besarnya keluarga atau banyaknya anak secara permanen.
8. Akseptor dropout adalah akseptor yang menghentikan alat kontrasepsi lebih dari 3 bulan (Marynani, 2016).

#### **D. Jenis-jenis Kontrasepsi**

##### **1. Macam-Macam Keluarga Berencana**

###### **1. Kontrasepsi dengan alat**

###### **a) Kondom**

Menurut Biran Affandi (2012:MK) kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan

alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.



Gambar 2.14  
Kondom

Sumber :Manuaba,2009, Ilmu Kebidanan,  
Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta

### 1) Macam-macam kondom:

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

### 2) Cara kerja:

Menurut Biran Affandi (2012:MK) cara kerja kondom adalah sebagai berikut :

(a) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

(b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

**3) Keuntungan :**

Murah, mudah didapatkan, tidak memerlukan pengawasan medis, berfungsi ganda, dan dipakai oleh kalangan yang berpendidikan.

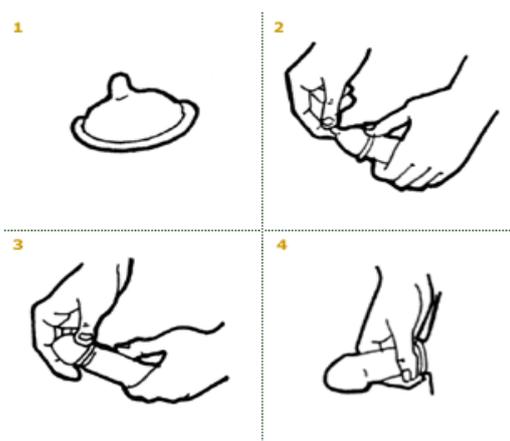
**4) Kerugian :**

Kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermidis, dan sulit dipasarkan kepada masyarakat dengan pendidikan rendah. Kondom yang dipakai bersamaan dengan pantang berkala mempunyai keefektifitas yang makin meningkat.

**5) Petunjuk pemakaian :**

Bila kondom tidak ada ujung penampung, sisakan 1-2 cm ujung kondom untuk penampung ejakulat. Cabut

penis sebelum ereksi hilang, pegang gelang kondom (bagian pangkal) agar sperma tidak tumpah. Jangan gunakan pelumas (minyak sayur, baby oil dll).



Gambar 2.15  
Cara Pemakaian Kondom  
Sumber : Manuaba, 2010 Ilmu  
Kebidanan,  
Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta

#### **b) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)**

- 1) Sangat efektif, reversible, dan jangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT-380A).
- 2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
- 3) Pasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan
- 4) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- 5) Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual (IMS).

(Saifuddin, Abdul Bari. 2009: MK)

### Macam-macam AKDR



Gambar 2.16  
Margulies, Cut 7, Cut T, Multiload, Dalkon device, Stone ring, Yusei ring, dll.  
Sumber :Manuaba,2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta

#### 1) Copper-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan tembaga halus ini mempunyai efek anti fertilitas (anti pembuahan) yang cukup baik. Menurut ILUNI FKUI ( 2010). Spiral jenis copper T (melepaskan tembaga) mencegah kehamilan dengan cara mengganggu pergerakan sperma untuk mencapai rongga rahim dan dapat dipakai selama 10 tahun.

- 2) Progestasert IUD (melepaskan progesteron) hanya efektif untuk 1 tahun dan dapat digunakan untuk kontrasepsi darurat Copper-7. Menurut Imbarwati (2009). IUD ini berbentuk angka 7

dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga luas permukaan 200 mm<sup>2</sup>, fungsinya sama dengan lilitan tembaga halus pada IUD Copper-T.

### 3) Multi load

IUD ini terbuat dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjang dari ujung atas ke ujung bawah 3,6 cm. Batang diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm<sup>2</sup> atau 375 mm<sup>2</sup> untuk menambah efektifitas. Ada tiga jenis ukuran multi load yaitu standar, small, dan mini.

### 4) Lippes loop

IUD ini terbuat dari polyethelene, berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya Lippes loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru), tipe B 27,5 mm (benang hitam), tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan tipe D berukuran 30

mm dan tebal (benang putih). Lippes loop mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan dari pemakaian IUD jenis ini adalah bila terjadi perforasi, jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plasti.

**(a) Mekanisme kerja :**

AKDR merupakan benda asing didalam rahim sehingga menimbulkan reaksi benda asing dengan timbunan leukosit, makrofag, dan limfosit. AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa. Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi. Loncu yang dikeluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakan konsepsi (Manuaba,2010:611)

**(b) Keuntungan :**

Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia menempati urutan ke-3 dalam pemakaian. Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit. Kontrol medis yang ringan. Penyulit tidak terlalu berat. Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik (Manuaba,2010:611)

**(c) Kerugian :**

Terdapat perdarahan (spotting dan menomtrorargia). Dapat terjadi infeksi. Tali AKDR dapat menyebabkan perlukaan. Rasa tidak nyaman di perut (Manuaba,2010:611)

**(d) Efek samping :**

- (1) Perubahan siklus haid (ummnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- (2) Haid lebih lama dan banyak.
- (3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
- (4) Saat haid lebih sedikit. (Manuaba,2010)

**(e) Pemasangan AKDR**

- (1) Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan. Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberpa langkah waktu pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah-langkah tersebut dan pastikan klien telah mengosongkan kandung kencingnya.
- (2) Periksa genetalia eksterna, untuk mengetahui adanya ulkus, pembengkakan pada kelenjar batholini dan kelenjar skene, lalu lakukan pemeriksaan spekulum dan panggul.
- (3) Lakukan pemeriksaan mikroskopik bila tersedia dan ada indikasi
- (4) Masukkan lengan IUD Copper T 380A didalam kemasan sterilnya
- (5) Masukkan speculum, dan usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik dan gunakan tenakulum untuk menjepit serviks.

- (6) Masukkan sonde uterus.
- (7) Lakukan pemasangan IUD Copper T 380A.
- (8) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan dan bersihkan permukaan yang terkontaminai.
- (9) Melakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai.
- (10) Mengajarkan kepada klien bagaimana memeriksa benang IUD.
- (11) Menyarankan klien agar menunggu selama 15-30 menit setelah pemasangan.

**(f) Pelepasan AKDR**

Menurut Saifuddin,(2006) langkah-langkah pencabutan AKDR sebagai berikut:

- (1) Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya
- (2) Memasukkan Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya

- (3) Mengusap servik dan vagina dengan larutan antiseptic 2 sampai 3 kali
- (4) Mengatakan pada klien bahwa sekarang akan dilakukan pencabutan. Meminta klien untuk tenang dan menarik nafas panjang, dan memberitahu mungkin timbul rasa sakit.

Macam-macam pencabutan:

- (1) Pencabutan normal

Jepit benang didekat servik dengan menggunakan klem lurus atau lengkung yang sudah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril dan tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik dengan kuat. AKDR biasanya dapat dicabut dengan mudah. Untuk mencegah benangnya putus, tarik dengan kekuatan tetap dan cabut AKDR dengan pelan-pelan .bila benang putus saat ditarik, maka jepit ujung AKDR tersebut dan tarik keluar.

- (2) Pencabutan sulit

Bila benang AKDR tidak tampak, periksa pada kanalis servikalis dengan

menggunakan klem lurus atau lengkung .  
bila tidak ditemukan pada kanalis servikalis. Masukkan klem atau alat pencabut AKDR kedalam cavum uteri untuk menjepit benang AKDR itu sendiri. Bila sebagian AKDR sudah ditarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik seluruhnya dari kanalis servikalis, putar klem pelan-pelan sambil tetap menarik selama klien tidak mengeluh sakit. Bila dari pemeriksaan bimanual didapatkan sudut antara uterus dengan kanalis servikalis sangat tajam, gunakan tenakulum untuk menjepit serviks dan lakukan tarikan ke bawah dan keatas dengan pelan-pelan dan hati-hati, sambil memutar klem. Jangan menggunakan tenaga yang besar.



**c) Implant (kontrasepsi hormonal)**

Kontrasepsi hormonal. Bisa berisi 6 buah (Norplant), 2 buah (Endo-plant) dan 1 buah (Implanon). *Sustained Released*. Dipasang di bawah kulit lengan atas tangan kiri (*right handed*). Progestogen (Levonorgestrel).

**1) Cara kerja :**

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

**2) Keuntungan :**

Dipasang selama 5 tahun, control medis ringan, dapat dilayani di daerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi, biaya murah.

**3) Kerugian :**

Menimbulkan gangguan menstruasi, berat badan bertambah, menimbulkan acne, ketegangan payudara, liang senggama terasa kering.

**4) Cara pemasangan implant**

(a) Setiap saat selama siklus haid hari ke -2 sampai hari ketujuh, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan

- (b) Inseri dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan . Apabila inseri setelah -7 hari siklus haid, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual, atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.
- (c) Apabila klien tidak haid, inseri dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan, klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrsepsi lain untuk tujuh hari saja.
- (d) Apabila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, inseri dapat dilakukan setiap saat.
- (e) Apabila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, inseri dapat dilakukan setiap saat, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari.
- (f) Apabila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, inseri dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tersebut tidak hamil, atau klien menggunakan kontrsepsi dengan benar.
- (g) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, implan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntik, tidak perlu metode kontrasepsi lain.

(h) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi hormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan norplant, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.

(i) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, maka dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja. AKDR segera dicabut.

(j) Pasca keguguran, implan dapat segera di insersikan. (Sulistyawati, 2014)

##### **5) Teknik pengeluaran dan pengangkatan**

Mengeluarkan implan umumnya lebih sulit dari pada insersi. Persoalan dapat timbul bila implant di pasang terlalu dalam atau timbul jaringan fibrous sekeliling implant. Cara mengeluarkan implant:

- (a) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis
- (b) Tentukan lokasi dari implan dengan jari-jari tangan dan dapat diberi tanda dengan tinta atau apa saja.
- (c) Suntikkan anastesi local dibawah implant

- (d) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung-ujung implant pada daerah alas “kipas”
- (e) Keluarkan implant pertama yang terletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan.
- (f) Sampai saat ini dikenal 3 cara pengeluaran/pencabutan norplant

(1) Cara pop-out

Merupakan teknik pilihan bila memungkinkan karena tidak traumatis, sekalipun tidak selalu mudah untuk mengeluarkannya. Dorong ujung proksimal “kapsul” kearah distal dengan ibu jari sehingga mendekati lubang insisi, sementara jari telunjuk menahan bagian tengah kapsul, sehingga ujung distal kapsul menekan kulit. Bila perlu, bebaskan jaringan yang menyelubungi ujung kapsul dengan scapel. Tekan dengan lembut ujung kapsul melalui lubang insisi sehingga ujung tersebut akan “menyembut/pop-out” melalui lubang insisi. Kerjakan prosedur yang sama untuk semua kapsul yang tertinggal.

(2) Cara standard

Bila cara pop-out tidak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem masquito, sampai kira-kira

0.5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang insisi. Putar pegangan klem pada posisi 180 disekitar sumbu utamanya mengarah ke bahu akseptor. Bersihkan jaringan-jarinan yang menempel disekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa steril sampai kapsul terlihat jelas. Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem crille, lepaskan klem masquito, dan keluarkan kapul dengan klem crille. Cabut atau keluarkan kapsul-kapsul lainnya denan cara yang sama.

(3) Cara “u”

Teknik ini dikembangkan oleh Dr.Untung Prawirohardjo dari semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung distal kapsul, diantara kapsul ke 3 an kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengan meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar kearah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapt dibersihkan dari jaringan- jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar. (Hartanto, 2015).

**d) Kb pil (kontrasepsi progestin)**

Mini pil adalah tablet pil oral berisi progestin saja (Hartanto, 2015).

**1) Cara kerja**

Menurut Biran Affandi (2012) adalah:

- (a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium
- (b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
- (c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- (d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

**2) Keuntungan :**

Bila minum pil secara teratur maka tingkat keberhasilan bisa 100%, dapat dipakai pengobatan terhadap berbagai masalah :ketegangan menjelang menstruasi, perdarahan menstruasi yang tidak teratur, nyeri saat menstruasi, pengobatan pasangan mandul.

Pengobatan penyakit endometriti, dapat meningkatkan libido.

### 3) Kerugian :

Harus minum pil secara teratur,dalam waktu panjang dapat menekan ovarium,penyulit ringan,berat badan bertambah,tumbuh acne,memengaruhi fungsi hati dan ginjal.(Manuaba,2010).

### e) Suntik progestin

KB suntik adalah g-alfa medroksi progesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral mempunyai efek progesteron yang kuat dan sangat efektif (Wiknjosastro,2010).

#### 1) Cara kerja

Menurut Biran Affandi (2012:MK). Cara kerja dari suntikan progestin adalah:

- (a) Mencegah ovulasi
- (b) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (c) Menjadikan selaput lender rahim tipis dan atrofi
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

#### 2) Keuntungan :

Pemberianya sederhana setiap 8 sampai 12 minggu, tingkat eektivitasnya tinggi,pengawasan medis yang ringan, tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi, dapat diberikan pasca salin.

### 3) Kerugian :

Perdarahan yang tidak menentu, terjadi amenorea, masih terjadi kemungkinan hamil

## 2. Kontrasepsi tidak dengan alat

### a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

MAL ( Metode Amenore Laktasi) adalah kontrasepsi yang mengandalkan ASI Eksklusif, artinya ASI hanya diberikan kepada bayinya tanpa makanan ataupun minuman tambahan hingga usia 6 bulan. Ibu yang dapat menggunakan MAL:

- 1) Ibu menyusui secara penuh (full breast feeding), dan lebih efektif bila pemberian  $\geq 8x$  sehari
- 2) Ibu yang belum haid sejak pasca persalinan
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.
- 4) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya bila ibu sudah mendapatkan menstruasi.

Ibu yang seharusnya tidak memakai MAL

- a) Sudah mendapat haid setelah melahirkan.
- b) Tidak menyusui bayinya secara eksklusif.
- c) Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan.
- d) Bekerja dan berpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI perah. (Nina Siti Mulyani, Mega Rinawati.2013).

**a) Efektivitas:**

Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Keuntungan khusus bagi kesehatan adalah mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Selain itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal:

- 1) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama).
- 2) Perdarahan sebelum 56 hari pascalin dapat diabaikan (belum dianggap haid).
- 3) Bayi menghisap payudara secara langsung.
- 4) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir.
- 5) Kolostrum diberikan kepada bayi .
- 6) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara.
- 7) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari.
- 8) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam (Afandi, 2012:MK).

Untuk mendukung keberhasilan kontrasepsi MAL maka ibu harus mengerti cara menyusui yang benar meliputi posisi, perlekatan dan menyusui secara efektif (Saifuddin, 2010:MK).

1) Posisi bayi yang benar:

- a) Kepala, leher, dan tubuh bayi dalam satu garis lurus
- b) Badan bayi menghadap ke dada ibu
- c) Badan bayi melekat ke ibu
- d) Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, tidak hanya leher dan bahu saja

2) Tanda bayi melekat dengan baik:

- a) Daggu bayi menempel pada payudara ibu
- b) Mulut bayi terbuka lebar
- c) Bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat di dalamnya
- d) Areola juga masuk ke mulut bayi, tidak hanya puting susu. Areola bagian atas tampak lebih banyak/lebar
- e) Tanda bayi menghisap dengan efektif:
- f) Menghisap secara mendalam dan teratur
- g) Kadang diselingi istirahat
- h) Hanya terdengar suara menelan
- i) Tidak terdengar suara mengecap

- 3) Setelah selesai:
  - a) Bayi melepas payudara secara spontan
  - b) Bayi tampak tenang dan mengantuk
  - c) Bayi tampak tidak berminat lagi pada ASI
- 4) Tanda bayi menghisap tidak efektif
  - a) Menghisap dengan cepat dan dangkal
  - b) Mungkin terlihat lekukan ke dalam pipi bayi
  - c) Tidak terdengar suara menelan.

**b) Senggama terputus**

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mengalami ejakulasi. Cara kerja metode ini adalah alat kelamin pria dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah.

**(a) Keterbatasan:**

Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun).Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

**(b) Indikasi :**

- 1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
- 2) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode lain.
- 3) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.
- 4) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.
- 5) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.
- 6) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

**(c) Kontraindikasi :**

- 1) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini.
- 2) Suami yang sulit melakukan senggama terputus.
- 3) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerjasama.
- 4) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.
- 5) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus. (Saifuddin,2009:MK).

**3. Kontrasepsi mantap****a) Tubektomi**

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan. Jenis Minilaparotomi dan Laparoscopi

**1) Mekanisme kerja :**

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

**2) Keuntungan Non kontrasepsi :**

Berkurangnya resiko kanker ovarium.

**3) Keterbatasan :**

- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi reanalisis.
- (b) Klien dapat menyesal dikemudian hari.
- (c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).
- (d) Rasa sakit/ketidak nyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (e) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis beadh untuk proses laparoskopi).
- (f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

Yang dapat menjalani tubektomi

- (a) Usia > 26 tahun
- (b) Paritas > 2

(c) Yakin telah mempunyai keluarga besar yang sesuai dengan kehendaknya.

(d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.

(e) Pasca persalinan.

(f) Pasca keguguran.

(g) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini

Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi.

(a) Hamil (sudah terdeteksi tau dicurigai).

(b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).

(c) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).

(d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.

(e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.

(f) Belum memberikan persetujuan tertulis.

Waktu dilakukan tubektomi

(a) Satiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.

(b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)

(c) Pascapersalinan

- (1) Minilap : di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.
- (2) Laparoskopi : tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.

(d) Pascakeguguran

- (1) Triwulan pertama : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap atau laparoskopi).
- (2) Triwulan kedua : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja). (Saifuddin, 2008:MK).

**b) Vasektomi**

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

- 1) Kondisi yang memerlukan perhatian khusus bagi tindakan vasektomi
  - (a) Infeksi kulit pada daerah operasi.
  - (b) Infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien.
  - (c) Hidrokel tau varikokel yang besar.

- (d) Hernia inguinalis.
- (e) Massa intraskrotalis.
- (f) Anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulasi

2) Konseling, informasi, dan persetujuan tindakan medis.

(a) Klien harus diberi informasi bahwa prosedur vasektomi tidak mengganggu hormone pria atau menyebabkan perubahan kemampuan atau kepuasan seksual.

(b) Setelah prosedur vasektomi, digunakan salah satu kontrasepsi terpilih hingga spermatozoa yang tersisa dalam vesikula seminalis telah dikeluarkan seluruhnya secara empiric, sperma-analisis akan menunjukkan hasil negative setelah 15-20 kali ejakulasi.

(c) Informasi bagi pasien

(1) Pertahankan band aid selama 3 hari.

(2) Luka yang sedang dalam penyembuhan dengan ditarik-tarik atau digaruk-garuk.

(3) Boleh mandi setelah 24 jam, asal daerah luka tidak basah. Setelah 3 hari luka boleh dicuci dengan sabun dan air.

(4) Pakailah penunjang skrotum, usahakan daerah operasi kering.

- (5) Jika ada nyeri, berikan 1-2 tablet analgetik seperti parasetamol atau ibuprofen setiap 4-5 jam.
- (6) Hindari mengangkat barang berat dan kerja keras untuk 3 hari.
- (7) Boleh bersenggama sesudah hari ke 2-3. Namun untuk menvegah kehamilan pakailah kondom atau cara kontrasepsi lain selama 3 bulan atau sampai ejakulasi 15-20 kali.
- (8) Periksa semsn 3 bulan pascavasektomi atau sesudah 15-20 kali ejakulasi.

(d) Penilaian klinik

Riwayat sosiomedik yang perlu diketahui dari seorang calon akseptor vasektomimeliputi hal-hal berikut:

- (1) Riwayat operasi atau trauma pada region skrotalis atau inguinalis.
- (2) Riwayat disfungsi seksual, termasuk impotensi.
- (3) Kondisi area skrotalis (ketebalan kulit, perut atau infeksi).
- (4) Temuan berupa undesensus testikularis, hidrokkel/varikokel, massa intraskrotalis atau hernia inguinalis.
- (5) Riwayat alergi.
- (6) Adanya proteinuria atau diabetes mellitus.

- (e) Tempat pelayanan dan petugas pelaksana vasektomi tanpa pisau (VTP)

Tim medis VTP merupakan petugas kesehatan yang dilatih secara khusus untuk melakukan prosedur vasektomi. Di Indonesia, pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang memiliki tim medis VTP merupakan fasilitas kesehatan terdepan yang dapat memberikan pelayanan kontrasepsi khusus ini. Walaupun prosedur vasektomi merupakan tindakan bedah minor, ketersediaan peralatan dan medikamentosa untuk tindakan gawat darurat merupakan syarat mutlak pelayanan. Akses ke fasilitas kesehatan rujukan juga harus tersedia setiap saat.

### 3) Komplikasi

- (a) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan. Komplikasi selama prosedur dapat berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain atau manipulasi berlebihan terhadap anyaman pembuluh darah disekitar vena deferensia.
- (b) Komplikasi pasca tindakan dapat berupa hematoma skrotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi testis, epididimitis kongestif, atau peradangan kronik

granuloma ditempat insisi. Penyulit janga panjang yang dapat mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibody sperma (Saifuddin,AbduBari. 2008).



## 2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

### 2.2.1 ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

#### A. Pengkajian Data

##### 1. Data Subyektif

###### 1. Biodata

###### a) Nama

Untuk dapat mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila adanama yang sama (Romauli.2011)

###### b) Umur

Ibu hamil umur 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit padakehamilan remaja lebih tinggi dibanding kurun waktu reproduksi sehat(antara umur 20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadinya keguguran, infeksi, anemia pada ibu hamil, dan keracunan kehamilan atau gestosis (Manuaba.2010). usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklamsia (Varney,dkk. 2008)

###### c) Agama

Informasi mengenai agama dapat digunakan untuk menuntun diskusi tentang tradisi keagamaan dalam kehamilan dn persalinan (Dewi A, 2016).

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan ibu hamil sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuan tentang sesuatu. Ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah kadang tidak mendapat cukup informasi mengenai kesehatannya maka ibu tidaktahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romaui,2011).

e) Pekerjaan

Pekerjaan seperti pelukis, pemahat, pembuat keramik mengandung resiko karena materi yang digunakan dalam kegiatan seni dan kerajinan tangan dapat mengandung silicon, talek, pelarut dan logam berat (Marmi, 2011).

f) Penghasilan

Menurut Marmi (2011), Tingkat social ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil tingkat social yang baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fissik dan psikologis yang baik pula. Status gizi pun akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas, selain itu ibu tidak akan

terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir (Dewi A, 2016).

g) Alamat : selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Sulistiyawati dan Nugraheni, 2010).

## 2. Keluhan utama

Beberapa ketidaknyamanan umum pada ibu hamil trimester III antara lain : sering buang air kecil (BAK), nyeri ulu hati, konstipasi, kram tungkai, odema dependen, dispareunia, insomnia, nyeri punggung bawah, sesak nafas, hemoroid, varises dan leukorea sehubungan dengan meningkatnya produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen (Dewi A, 2016).

## 3. Riwayat Kesehatan Ibu

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau janin atau keduanya. Menurut Manuaba (2010) penyakit yang menyertai dan mempengaruhi kehamilan antara lain :

### a) Penyakit jantung

Penyakit yang tidak dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah

yang disebabkan oleh kehamilan, yaitu dorongan diafragma oleh besarnya kehamilan sehingga dapat mengubah posisi jantung dan pembuluh darah serta terjadi perubahan dari kerja jantung karena pengaruh peningkatan hormon tubuh karena hamil, terjadi hemodilusi darah dengan puncaknya pada kehamilan 28-32 minggu.

b) Diabete melitus

Pengaruh penyakit diabetes dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, terjadi keguguran, persalinan premature, kematian janin dalam rahim, lahir mati atau bayi besar, dapat terjadi hidramnion, dan dapat menimbulkan pre eklamsi.

c) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Akibatnya terjadi demam tinggi dan menyebabkan terjadinya kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan premature dan memudahkan infeksi pada neonates. keguguran, persalinan premature dan memudahkan infeksi pada neonates.

d) Anemia

Pengaruh anemia dalam kehamilan adalah dapat terjadi abortus, persalinan premature, hambatan pertumbuhan

dan perkembangan janin dalam rahim ,mudah menjadi infeksi ,ancaman dekomposisi kordis (Hb <6g%), molahidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum ,dan ketuban pecah dini (KPD).

e) Penyakit paru

Gangguan fungsi paru yang berat dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin sampai dengan keguguran.

f) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin melalui pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> di dalam rahim. (Bandiyah,2008).

g) Hepatitis infeksiosa

Pengaruh infeksi hepatitis terhadap kehamilan bersumber dari gangguan fungsi hati dalam mengatur dan mempertahankan metabolisme tubuh sehingga aliran nutrisi ke janin dapat terganggu atau berkurang. Oleh karena itu,pengaruh infeksi hati terhadap kehamilan dalam bentuk keguguran atau persalinan premature dan kematian janin dalam rahim.

#### h) TORCH

Semua infeksi *toksoplasmosis*, *sitomegalovirus*, *herpes simpleks* dan *rubella* (TORCH) yang dapat menimbulkan kelainan konginetal bentuk hamper sam yaitu mikrosefali, ketulian dan kebutaan, kehamilan dapat terjadi abortus, persalinan premature, dan pertumbuhan janin terhambat.

#### i) Sifilis

Pengaruhnya dalam bentuk persalinan prematuritas atau kematian dalam rahim dan infeksi dalam bentuk plak konginetal (*pemfigus sifilitus*, deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi).

#### j) HIV/AIDS

Kehamilan dengan atau yang terinfeksi virus HIV, semua cairan tubuhnya mengandung virus. Mereka dapat tidak menimbulkan gejala klinis karena masih dalam situasi “set point” artinya kemampuan daya tahan tubuh dan infeksi masih dalam keadaan seimbang. Tetapi situassi ini tetap menjadi sumber infeksi yang berbahaya bagi orang lain meskipun terjadi perlukaan kecil saja (Manuaba 2010).

#### 4. Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetik, memiliki kecenderungan terjadi pada anggota keluarga yang lain, terutama jika mereka hamil atau obesitas. Hipertensi juga memiliki komponen familial, dan kehamilan kembar juga memiliki insiden yang lebih tinggi pada keluarga tertentu. Beberapa kondisi, seperti anemia sel sabit, lebih banyak terjadi pada ras tertentu. Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan, keadaan ini termasuk dalam kategori resiko tinggi dalam kehamilan dan persalinan (Fajar.2016).

#### 5. Riwayat Kebidanan

##### a) Menstruasi

Haid pertama hait terakhir (HPHT) pada wanita dengan siklus haid yang teratur merupakan salah satu dari data yang dapat diandalkan untuk memperkirakan umur kehamilan sehingga penting bagi bidan untuk mengkaji riwayat haid secara akurat. Selain itu HPHT dapat digunakan untuk menentukan tanggal tafsiran persalinan (TTP) yaitu engan cara tanggal ditambah 7, bulan dikurang 3, dan tahun di tabah 1 (Dewi A, 2016). Gambaran riwayat haid klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran,

dengan menggunakan rumus Neagle  $H+7 B-3 TH+1$  untuk siklus 28 hari, sedangkan untuk siklus 35 hari dengan menggunakan rumus  $H+14 B-3 TH+1$ . Siklus menstruasi lebih pendek atau lebih panjang dari normal, kemungkinan wanita tersebut telah hamil saat terjadi perdarahan. Data yang dinyatakan berkaitan dengan kehamilan meliputi siklus haid dan kapan terakhirnya (Marmi, 2011).

b) Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu

1) Kehamilan

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

2) Persalinan

Bila multigravida di masa persalinan yang lampau, sebagai gambaran koordinasi antara 3P, yaitu *power* (kekuatan his dan mengejan), *passanger* (besar dan beratnya janin dan plasenta), *passage* (jalan lahir tulang dan lunak). Bila dipersalinan yang lampau persalinan spontan, bayi hidup, dan

aterm, ini berarti menunjukkan ketiga P berjalan dengan baik. Hal ini berarti tidak terjadi kesempitan panggul, bila besar dan beratnya janin pada kehamilan ini sama dengan keadaan normal. (Marmi 2012).

### 3) Nifas

Kala puerperium (nifas) yang berlangsung selama 6 minggu atau 24 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya organ kandungan pada keadaan normal, masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas maka diharapkan nifa saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea yang normal. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lokia 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 2010).

### c) Riwayat Kontrasepsi

Bagi pasangan yang berencana membatasi kehamilan dapat menggunakan metode KB yang meliputi *metode*

*sederhana* (kondom, spermisida, coitus interruptus, pantang berkala) dan metode *efektif* dengan hormonal (pil KB : progesterone only pil, pil KB kombinasi, pil KB sekuensial, after morning pil ; suntikan KB: depoprovera setiap 3 bulan, norigest setiap 10 minggu, cyclofem setiap bulan ; susuk KB setiap 5 tahun), mekanis dengan alat kontrasepsi dalam eahim (AKDR) (copper T, Medusa ,seven copper), atau metode KB darurat (Dewi A.2016).

d) Pola kebiasaan sehari- hari

1) Nutrisi

Pada trimester III, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. Umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan merasacepat lapar (Romauli, 2011). Pada trimester III, nafsu makan ibu meningkat, tetapi harus mengurangi karbohidrat dan meningkatkan protein. Selain itu kurangi makanan manis dan asin karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan data kehamilan (Marrmi.2011)

Tabel 2.7

## Contoh Menu Makanan Ibu Hamil

Bahan Makanan	Kebutuhan makanan ibu hamil dalam sehari		
	Ibu hamil		
	Triwulan 1	Triwulan 2	Triwulan 3
Nasi	3 $\frac{1}{2}$ piring	4 piring	3 piring
Ikan	1 $\frac{1}{2}$ potong	2 potong	3 potong
Tempe	3 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	1 $\frac{1}{2}$ mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	6 gelas	6 gelas	6 gelas

Sumber: (Marmi. 2011)

## 2) Eliminasi

Wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat memiliki masalah ini pada trimester ke dua atau ketiga. Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone, bias juga disebabkan karena kurangnya asupan nutrisi yang mengandung serat dan kurangnya mobilisasi/gerak (Nurasih, 2014).

### 3) Istirahat

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

### 4) Personal hygiene

Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

(a) Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan badan. Pakaian yang mudah disesuaikan, dan longgar. (Dewi A. 2016).

#### (b) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan. Pada trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (hipersalivasi atau produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus tetap terjaga. Sementara pada trimester tiga terkait dengan adanya kebutuhan kalsium

untuk pertumbuhan janin. Maka dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan dengan caries dan gingivitis (Dewi A.2016).

(c) Pemeliharaan payudara

Membersihkan payudara dengan air hangat dan handuk yang lembut lalu mengeringkan hati-hati. Menggunakan bra penyokong untuk mencegah dan mengurangi nyeri punggung bagian atas serta dapat menyamankan nyeri tekan akibat payudara membesar (Dewi A. 2016).

(d) Kebersihan genitalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, mengganti rutin celana dalam, membersihkan dengan arah dari depan ke belakang setelah buang air (Dewi A. 2016).

5) Aktivitas

Senam hamil bertujuan untuk melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam

hamil dimulai pada usia kehamilan 24-28 minggu (Manuaba 2010).

Saifuddin (2009) menambahkan ibu hamil jangan mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan pekerjaan fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Kontraindikasi senam hamil yaitu ibu yang pernah memiliki riwayat keguguran berulang, kehamilan dengan perdarahan dan kehamilan dengan nekas operasi, persalinan belum cukup bulan, pada kasus infertilisasi, usia saat hamil relative tua (primi tua). Selain itu ibu yang kondisinya tidak cukup sehat menurut dokter atau bidan tidak diperbolehkan mengikuti senam hamil (Manuaba 2010).

#### 6) Aktifitas seksual

Pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan (Saifuddin 2010).

## 7) Kebiasaan

Merokok, minum alcohol dan kecanduan narkotika secara langsung dapat mempeengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental. pengobatan saat hamil harus selalu diperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba 2010).

### e) Psikososial dan spiritual

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran bayi, berjaga-jaga dan menunggu tanda dan gejala persalinan, merasa cemas dengan kehidupan bayi dan dirinya sendiri, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil, dan hasrat untuk melakukan hubungan seksual akan menghilang seiring dengan membesarnya abdomen yang menjadi penghalang (Marmi, 2011).

f) Latar belakang social budaya

Beberapa social budaya yang merugikan tidak boleh memakan nanas muda karena kan merangsang keguguran, menurut medis hal itu tidak dibenarkan selama mengkonsumsinya tidak berlebihan maka keguguran tidak akan terjadi. Selain itu tidak boleh tidur siang ,karenan nanti bayinya ikut tidur dan tidak bangun lagi. Hal tersebut justru merugikan ibu hamil karena ibu hamil butuh beristirahat agar otot-otot pada seluruh tubuh rileks setelah melakukan aktifitas. (Manuaba 2010).

**2. Data objektif**

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmetis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011).Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah 2 tungkai (Saifuddin, 2010).

a) Tanda-tanda vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik  $> 120$  mmHg, berisiko mengalami preeklampsia (Marmi, 2014).

2) Nadi

Pada umumnya normal. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklampsia ringan (Manuaba, 2010). Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi  $> 100$  dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2014).

### 3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

### 4) Pernafasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi permenit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Roumauli.2011).

### 5) Antropometri

#### (a) Tinggi badan

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

## (b) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Manuaba, 2010). Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Fraser dan Cooper, 2009). Sedangkan Menurut Saifuddin (2010) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel 2.8 (Dewi A.2016).

Tabel 2.8

Rekomendasi Penambahan Berat Badan  
Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

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

Sumber : (Saifuddin, 2010, Ilmu Kebidanan, Jakarta).

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2010). Kenaikan berat badan  $> 0,57$  kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu  $< 0,34$  kg/minggu, menurunkan resiko hipertensi tetapi menaikkan resiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2010).

(c) Lingkar lengan atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm.

Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012). 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

2011

2011

2011

#### (d) Pemeriksaan Fisik

##### (1) Kepala

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

##### (2) Muka

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

##### (3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis.

Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011).

(4) Mulut

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

(5) Gigi

Adanya *caries* atau karies yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

(6) Leher

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

(7) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. 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).

#### (8) Abdomen

Ukuran uterus dapat dikaji melalui observasi. Kandung kemih yang penuh, kolon yang terdistensi, atau obesitas, dapat memberi kesan yang salah tentang ukuran janin. Pada sebagian besar kasus, bentuk uterus lebih panjang ketika janin berada pada posisi longitudinal. Jika janin berada pada posisi transversal, uterus berbentuk melebar dan terletak lebih rendah. Umbilikus menjadi kurang cekung sejalan dengan perkembangan kehamilan dan cepat sedikit menonjol pada minggu-minggu terakhir. Ketika ibu sedang berdiri, abdomen dapat tampak lebih tipis. Otot abdomen yang lemah

pada ibu multipara dapat menyebabkan uterus condong ke depan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilikus.

BSC (Bekas *Sectio Caesarea*) dapat mengindikasikan di bawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (Bekas *Sectio Caesarea*) dapat mengindikasikan adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser,dkk. 2009).

#### (9) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan

atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba,2012). Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014).

(10) 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, dkk.2009).

(11) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas

kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2014). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklampsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan eklampsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011).

## 2. Pemeriksaan khusus

### a) Palpasi

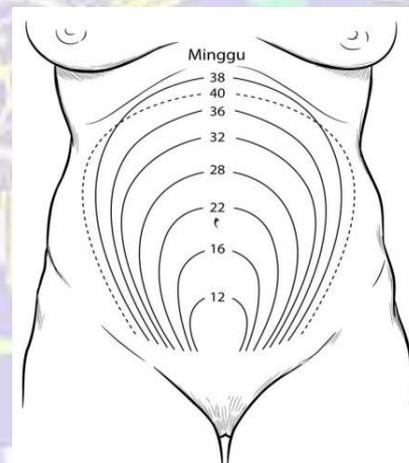
Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indera peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi abdomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus relaks, palpasi dilakukan dengan bantalan jari, bukan ujung jari yang lembut (Fraser,dkk., 2009).

## 1) Leopold I

Menurut Marmi (2011) 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.

TFU berdasarkan Leopold dapat di cermati pada gambar 2.10 :



Gambar 2.17

TFU berdasarkan pemeriksaan Leopold

Sumber : Manuaba.2010

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

dapat dicermati pada tabel 2.9 :

Tabel 2.9  
TFU berdasarkan Leopold pada trimester III

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

Sumber: Jannah, 2012, Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan, Jakarta.

(e) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus

(f) Sifat kepala ialah keras, bendar dan melenting.

Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri

kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba

(2012), variasi Knebel digunakan untuk

menentukan letak kepala atau bokong dengan

satu tangan di fundus dan tangan yang lain di

atas simfisis.

## 2) Leopold II

Menurut Marmi (2011) 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 carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan terbesar.

Kadang-kadang di samping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang

Variasi Budin : Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012).

Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut (Manuaba, 2012).

### 3) Leopold III

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

- (a) Dipergunakan satu tangan saja
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (c) 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).

### 4) Leopold IV

Menurut Marmi (2011) langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- (a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
- (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 luar. Jadi, Leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan :

(1) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga.

(2) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul.

(3) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel 2.10 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.10

Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam  
cm

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

Sumber: (Saifuddin, 2014. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta).

c) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut:

(tinggi fundus dalam cm - n)  $\times$  155 = berat (gram). Bila

kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n = 12.

Bila kepala di bawah spina iskiadika maka  $n = 11$  (Romauli, 2011).

d) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2014). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

- 1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal.
- 2) (10-14-9) kesimpulannya tak 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.

e) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014) Persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Maka untuk meramalkan apakah persalinan dapat berlangsung biasa, pengukuran panggul diperlukan. Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

1) Pemeriksaan panggul luar

- (a) *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya  $\pm$  23-26 cm).
- (b) *Distantia cristarum*, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya  $\pm$  26-29 cm).
- (c) *Conjungata eksterna* (baudelouque), jarak antara pinggir atas *sympisis* dan ujung *prosessus spinosus* ruas tulang lumbal ke-V (normalnya  $\pm$  18-20 cm).
- (d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas *sympisis* ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan *trochanter major* sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90 cm).

## 2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadika tidak teraba, *os. sacrum* mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis  $> 90^\circ$ .

### f) Pemeriksaan penunjang

#### 1) Pemeriksaan darah

##### (a) Haemoglobin

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,2012).

##### (b) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam

beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser dan Cooper, 2009).

## 2) Pemeriksaan urin

Menurut Fraser dan Cooper (2009) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

- (a) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- (b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- (c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

### 3) Ultrasonografi (USG)

Menurut Romauli (2011) Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara :

(a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS = Gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.

(b) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI = Crown Rum Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu.

(c) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

### 4) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2014).

### 5) Analisa data

Analisa data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup: diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya antisipasi diagnosis/masalah potensial serta antisipasi

diagnosis/masalah potensial dan tindakan segera (Muslihatun, 2009).

#### 6) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR).

Terdiri dari Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan 6-10 ditolong oleh bidan / dokter dan kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014).

### 3. Diagnosa kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pasda pengakajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. (Menkes RI, 2010).

Diagnosa :  $G_{1>1}P_{APIAH}$ , usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

Dengan kemungkinan masalah : edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*), dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney, Kriebs dan Gegor 2009).

#### 4. Perencanaan

##### a) Diagnosa kebidanan

G<sub>1</sub>/<sub>>1</sub>P<sub>APIAH</sub>, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

Tujuan :Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria : 1) Keadaan umum baik.

4. Kesadaran composmentis.
5. Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
6. Pemeriksaan laboratorium.
7. Hb  $\geq$  11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).
8. DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
9. TFU sesuai dengan usia kehamilan.

Tabel.2.11  
TFU sesuai kehamilan

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

Sumber: (Marmi, 2011)

#### 10. Situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut Marmi (2014):

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

- 2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- 3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

R/ Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

- 4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/ Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

- 5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/ Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011)

- 6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

- 7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

b. Masalah 1: Edema Dependen

Tujuan :Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Varney (2007) :

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.

Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

3) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

4) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melongarkan tekanan pada vena-vena panggul (Dewi A.2016).

c. Masalah 2: Nokturia

Tujuan: Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria:1. Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

2. Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Varney (2007):

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 mengurangnya setelah makan sore, serta sebelum tidur buangair kencing dahulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

(Nuraasih,2014).

d. Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan

progesterone

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 (Dewi A.2016).

e. Masalah 4: Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria : 1. BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

2. BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney (2007) :

- 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. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/ Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

- 4) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/ Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

- 5) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

f. Masalah 5: Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria : 1) Kram pada kaki berkurang.

2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Winkjosastro (2008):

1) Jelaskan penyebab kram kaki

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai 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 lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

g) Masalah 6 : Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O<sub>2</sub> ibu terpenuhi

Kriteria : 1. Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit

2. Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi:

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R/ Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus menekan diafragma ibu.

2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/ Menghindari penekanan diafragma.

3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R/ Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O<sub>2</sub>.

5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

h) Masalah 7 : Nyeri punggung bawah

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Muslihatun, 2010:

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.

### **5. Implementasi**

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2010).

### **6. Evaluasi**

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010)

### **7. Dokumentasi**

Menurut Kepmenkes RI (2010), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam

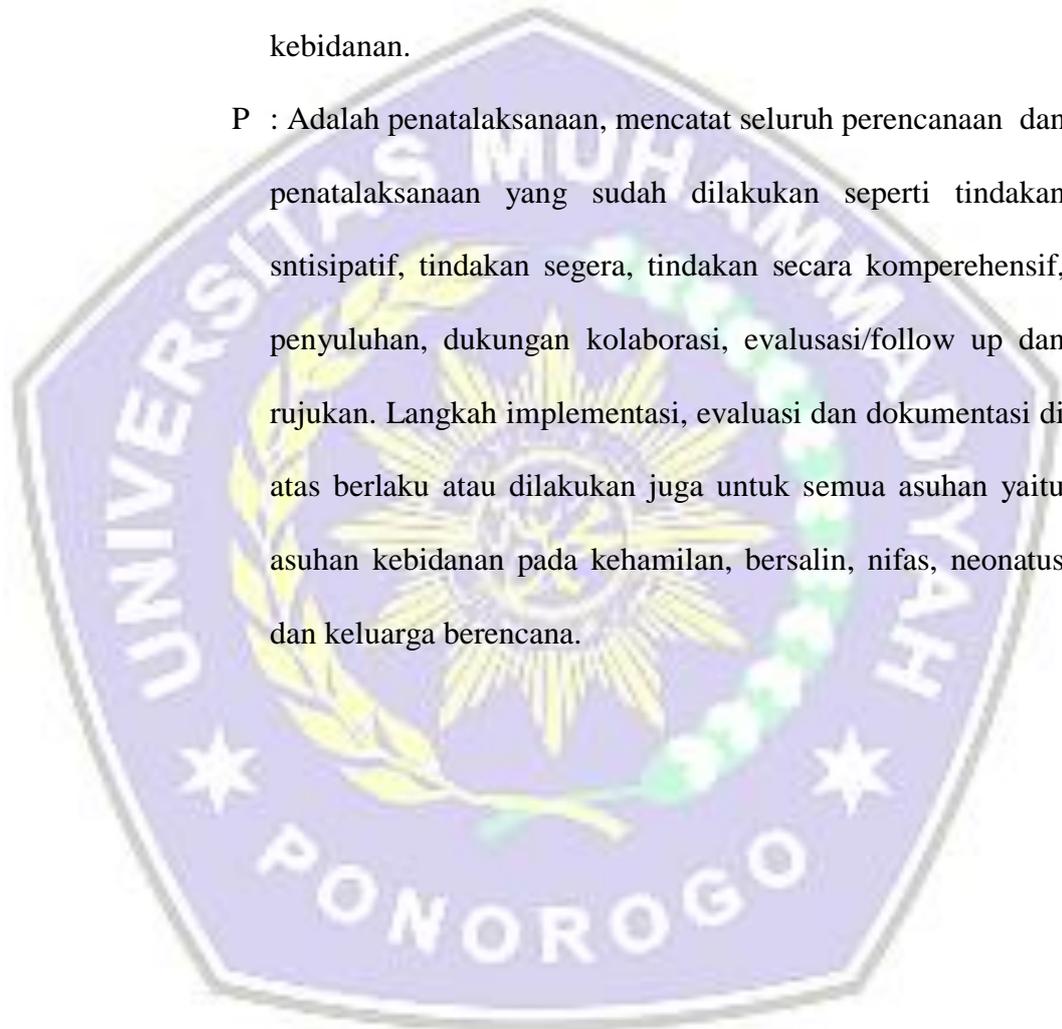
medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A :Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.



## 2.2.2 Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan

### A. Pengkajian Data

#### 1. Data Subyektif

##### 1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti :

- a) Nama : selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Sulistyawati dan Nugraheni, 2010).
- b) Usia/tanggal lahir : data ini ditanyakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan berisiko karena usia atau tidak (Ambarwati, 2010).
- c) Agama : sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati dan Nugraheni, 2010).
- d) Pendidikan terakhir : sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba, 2010).
- e) Pekerjaan : data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung

dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Manuaba, 2012).

f) Suku/bangsa : data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistyawati dan Nugraheni, 2010).

g) Alamat : selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Sulistyawati dan Nugraheni, 2010).

## 2. Keluhan Utama (KU)

Alasan wanita tersebut mengunjungi klinik, kantor, kamar gawat darurat, pusat pelayanan persalinan, rumah sakit, atau rumahnya, seperti yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (dapat berhubungan dengan sistem tubuh).

Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti :

- a) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- b) Mengeluarkan lendir dan darah
- c) Mengeluarkan cairan (air ketuban) (Ari Sulistyawati, 2010).

### 3. Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenor. Selain itu, kaji pula HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan, apakah cukup bulan atau prematur. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2011).

### 4. Riwayat Kehamilan

Jumlah kehamilan dan kelahiran : G (Gravida), P (Para), A (Abortus). Diperlukan penjelasan tentang jumlah gravida dan para pada ibu untuk mengidentifikasi masalah potensial pada kelahiran kali ini dan periode pascapartum. Paritas/para mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Semakin tinggi paritas; insiden abrupsi plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas ibu, dan mortalitas perinatal juga meningkat (Manuaba, 2012).

### 5. Riwayat persalinan

- a) Jarak antara dua kelahiran
- b) Tempat melahirkan
- c) Cara melahirkan (spontan, vakum, forcep, atau operasi)

- d) Masalah atau gangguan yang timbul pada saat hamil dan melahirkan seperti perdarahan, letak sungsang, preeklampsia, eklampsia, dan lain-lain.
- e) Kapan ibu mulai merasakan nyeri/kontraksi, berapa lama, seberapa kuat, serta lokasi nyeri/kontraksi yang ibu rasakan (Sulistyawati dan Nugraheni, 2010).

#### 6. Riwayat kelahiran bayi

Berat dan panjang badan waktu lahir, jenis kelamin, kelainan yang menyertai, bila bayi meninggal apa penyebab kematiannya (Manuaba, 2012).

#### 7. Riwayat KB

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya penggunaan alat kontrasepsi, dan lama penggunaan kontrasepsi (Rohani, 2011).

#### 8. Riwayat Penyakit Saat Ini (RPS) (berhubungan dengan keluhan atau masalah utama)

Hal-hal yang perlu dikaji dalam RPS meliputi tanggal dan waktu awitan, bentuk awitan, faktor pencetus atau latar belakang, yang berhubungan dengan awitan, perjalanan penyakit sejak awitan termasuk durasi dan kekambuhan, lokasi spesifik, jenis nyeri atau ketidaknyamanan dan keparahan atau intensitas, gejala lain yang berkaitan, hubungan dengan fungsi dan aktifitas tubuh, gambaran

kualitas dan kuantitas, faktor yang mempengaruhi masalah, bantuan medis sebelumnya, keefektifan suatu terapi atau obat yang digunakan (Ambarwati, 2008).

9. Riwayat Medis Terdahulu dan Perawatan Primer (termasuk riwayat sosial)

Hal-hal yang dikaji meliputi penyakit pada masa kanak-kanak/imunisasi, uji skrining laboratorium yang dilakukan baru-baru ini, penyakit utama (seperti pneumonia, hepatitis, demam reumatik, difteri, polio), rawat inap (tanggal, alasan), pembedahan (tanggal, alasan), kecelakaan, transfusi darah, alergi, penyalahgunaan alkohol, ketergantungan obat, kebiasaan buruk, pola tidur, aktivitas, penganiayaan fisik/seksual pada masa kanak-kanak, kekerasan rumah tangga, uji skrining genetik, penyakit spesifik (diabetes, penyakit jantung, tuberkulosis, asma, hati / hepatitis, ginjal / ISK, varises / tromboflebitis, kelenjar / endokrin, gastrointestinal, kanker, hipertensi, HIV/AIDS, penyakit kejiwaan, epilepsi, diskrasia darah mis. anemia, kelainan makan mis. anorexia atau bulimia), pengobatan (diprogramkan atau tidak diprogramkan) (Manuaba, 2008)

10. Riwayat Keluarga (berhubungan dengan ayah, ibu, saudara kandung, kakek-nenek, paman, dan bibi) Riwayat keluarga

yang dikaji meliputi usia dan status dari ibu, ayah, saudara kandung. Adanya riwayat keluarga yang memiliki retardasi mental, kanker, penyakit jantung, hipertensi, diabetes, penyakit ginjal, penyakit mental, kelainan kongenital, kehamilan lebih dari satu, tuberkulosis, epilepsi, diskrania darah seperti anemia (jenis), alergi, kelainan genetik, kelainan autoimun seperti lupus (Ambarwati, 2008).

#### 11. Riwayat Seksual

Riwayat seksual yang dikaji meliputi jenis hubungan seksual, hubungan monogami atau jumlah pasangan, pasangan monogami atau jumlah dan jenis pasangan, frekuensi kepuasan hubungan seksual, kepuasan dengan pasangan seksual, masalah (Sulistiyawati, 2009).

#### 12. Riwayat Ginekologi

Riwayat ginekologi meliputi infertilitas, terpajan dietilstibestrol (DES), infeksi vagina, penyakit menular seksual, servitis kronis, endometritis, penyakit radang panggul, kista, endometriosis, mioma, relaksasi pelvik, polip, massa pada payudara, pap smear yang abnormal, biopsi, kanker ginekologi, perkosaan (Ambarwati, 2008).

### 13. Status Perkawinan

Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan :

- a) Usia nikah pertama kali
- b) Status pernikahan sah/tidak
- c) Lama pernikahan
- d) Perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa (Ari Sulistyawati, 2010).

### 14. Pola fungsi kesehatan

#### a) Pola Makan

Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Data fokus mengenai asupan makanan pasien adalah sebagai berikut :

- 1) Kapan atau jam beraa terakhir kali makan.
- 2) Makanan yang dimakan
- 3) Jumlah makanan yang dimakan
- 4) Seandainya saat ini ingin makan, apa yang ia inginkan (Rohani.2011).

#### b) Pola Minum

Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan

terjadinya dehidrasi. Data yang perlu kita tanyakan berkaitan dengan intake cairan adalah sebagai berikut :

- 1) Kapan terakhir minum
- 2) Berapa banyak yang diminum
- 3) Apa yang diminum (Wiknjosastro, 2008).

c) Pola Istirahat

Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya, hal ini akan lebih penting lagi jika proses persalinannya mengalami pemanjangan waktu pada kala

I. Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien :

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama
- 3) Aktivitas sehari-hari (Ambarwati, 2010).

15. Personal Hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinannya.

Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan adalah :

- a) Kapan terakhir mandi, keramas, dan gosok gigi.
- b) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam (Ambarwati, 2010).

## 16. Respon Keluarga Terhadap Persalinan

Adanya respon yang positif dari keluarga terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan konsisinya. Adat Istiadat Setempat yang Berkaitan Dengan Persalinan. Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan, selama tidak membahayakan pasien, sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya (Ari Sulistyawati, 2010).

### 2. Data Obyektif

Data objektif adalah data yang sesungguhnya dapat diobservasi dan dapat dilihat oleh tenaga kesehatan.

#### 1. Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu apakah baik, sedang, jelek Nurhidaya (2014). 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).

#### 2. Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah komposmentis (kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan), somnolen (kesadaran yang

mau tidur saja, dapat dibangunkan dengan rangsangan nyeri, tetapi jatuh tidur lagi), koma (tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun, reflek pupil terhadap cahaya tidak ada (Nursalam, 2008).

### 3. Pemeriksaan fisik

#### a) Tanda-tanda vital

##### 1) Tekanan Darah

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi (saifudin, 2014). Batas normal 110/60-140/90 mmHg (Prawiroharjo, 2009). Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketinggian sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney, 2008). Diukur untuk mengetahui preeklamsia yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011).

##### 2) Suhu

Untuk mengetahui suhu badan apakah ada peningkatan atau tidak. Batas normal suhu tubuh yaitu 35,8-37 (Mandriwati, 2008). Suhu sedikit meningkat

selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 samapai 1<sup>0</sup>C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Vaeney, 2008).

### 3) Nadi

Untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit (Saifuddin, 2014). Batas normal 60-100 kali per menit (Prawiroharjo, 2009). Perubahan yang mncolok 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, 2008).

#### 4) Respirasi

Dinilai sifat pernafasan dan bunyi nafas dalam 1 menit. Apakah pernafasan kurang dari 40 kali permenit atau lebih dari 60 kali per menit (Saifuddin, 2006 dalam Nurhidaya). Sedikit peningkatan pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan etabolisme yang terjadi (Dewi A.2016).

##### b) Tinggi badan

Untuk mengetahui tinggi badan pasien. Tinggi badan wanita normal 150cm (Wulandari, 2008).

##### c) Berat badan

Untuk mengetahui adanya kenaikan berat badan pasien selama hamil, penambahan berat badan rata-rata 0,3-0,5 kg/minggu, tetapi nilai normal untuk penambahan berat badan selama kehamilan 9-12 kg (Nurhidaya 2014). Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2011) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam table.

Tabel 2.12  
Rekomendasi penambahan bert badan berdasarkan  
indeks masa tubuh

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

Sumber : ( Saifuddin, 2011)

d) Lila

Merupakan salah satu pilihan untuk penentuan status gizi, lila normal 23,5-26 cm (Nurhidaya 2014). Lila kurang dari 23, 5 cm merupakan indicator kuat untuk status gizi ibu kerang/buruk, sehingga ia berisiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011).

4. Inspeksi

Adalah suatu proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran, dan penciuman sebagai suatu alat mengumpulkan data.

Menurut Wiknjosastro (2008), meliputi:

a) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak.

b) Muka

Untuk mengetahui tampak pucat atau tidak. Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Varney, 2008).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal nberwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi (Romauli, 2011). Spasme anterior, edema sekitar diskus optikus, ablasio retina (lepasnya retina) merupakan salah satu tanda gejala preeklamsia (Manuaba, 2010).

d) Mulut, gigi. an gusi

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau kerosos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011). Untuk mengetahui ada caries gigi atau tidak, lidah bersih atau kotor, ada stomatitis atau tidak.

## e) Leher

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

## f) Dada

Apakah simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada benjolan atau tidak, retraksi dinding dada atau tidak. Hal ini untuk mengetahui apakah ada tumor atau kanker.

## g) Payudara

Payudara simetris atau tidak, areola hyperpigmentasi atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, colostrum sudah keluar atau belum. Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih yang disebut kolostrum. Kolostrum ini berasal dari asinus yang mulai bersekresi. Sejak kehamilan

32 minggu sampai anak lahir, kolostrum yang keluar lebih kental, berwarna kuning dan banyak mengandung lemak, bunyi jantung lub dub (Romaui, 2011).

h) Perut

Ada bekas operasi atau tidak, ada striae atau tidak, ada linea nigra atau ada linea alba atau tidak. Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (varney, 2008).

i) Genetalia

Untuk mengetahui ada odema atau tidak, ada varises atau tidak, ada laserasi atau tidak. Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervagial berupa bloody slym, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012). Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, 2010). Luka perut di vaginam mengindikasikan adanya riwayat

robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya (Winkjosastro, 2008). Pada kala III keluarannya perdarahan secara tiba-tiba, tampak tali pusat menjulur di depan vulva menandakan pelepasan plasenta, terjadi robekan perineum yang dibagi menjadi 4 yaitu:

Table 2.13  
Derajat laserasi

No	Derajat laserasi	Lokasi derajat
1	Derajat satu	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
2	Derajat dua	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
3	Derajat tiga	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot spingter ani
4	Derajat empat	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot spingter ani dan dinding depan rectum.

Sumber : (Winkjosastro, 2008)

## j) Anus

Kemajuan kepala janin cenderung menelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney, 2008).

## k) Ekstremitas

Ada odema atau tidak, varises atau tidak, hofman sign (pengeluaran pervaginam) untuk mengetahui adanya tanda trombophlebitis. Reflek lutut negative pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2011). Jri-jari kaki melengkung setiap kali kontraksi muncul, kram pada bokong, paha dan betis merupakan tanda gejala yang terjadi pada masa akhir fase transisi (Varney, 2008).

## 5. Palpasi

Adalah suatu teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba yang meliputi (Nurhidaya 2014) pemeriksaan:

## a) Leher

Ada pembesaran kelenjar gondok, limfe atau tidak

## b) Dada

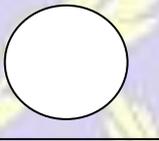
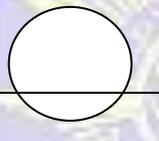
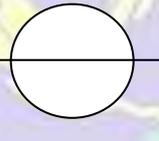
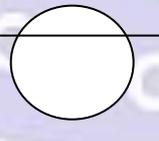
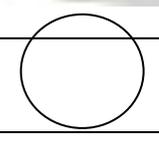
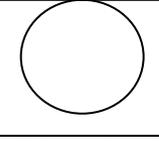
Ada benjolan pada payudara atau tidak.

## c) Perut

Meliputi pemeriksaan pergerakan janin, kontraksi uterus, tinggi fundus uteri (TFU), Leopold I, II, III dan IV (untuk mengetahui posisi janin).

Penurunan kepala janin melalui system perlimaan dapat dilihat pada table berikut.

Tabel 2.14  
penurunan kepala janin melalui system perlimaan

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

Sumber : (Manuaba, 2012)

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut Manuaba (Manuaba, 2012) dapat dilihat dalam table :

Tabel 2.15  
usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Usia kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 minggu
½ diatas simfisis- pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 di atas pusat	28 minggu
½ pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4 cm) di bawah prosesus xifoideus	40 minggu

(Sumber : Manuaba, 2012)

#### 6. Auskultasi

Nilai dan catat setiap denyut jantung janin setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas patograf menunjukkan waktu 30 menit, tentukan punktum maksimum, nilai DJJ setelah kontraksi uterus. Mulailah 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 kontraksi. Gangguan kondisi kejahteraan janin dicerminkan dari DJJ yang dari 120 atau lebi dari 160 kali per menit. Lebih dari 180 kali permenit bila demikian, baringkan ibu kesisi kiri dan dianjurkan ibu untuk relaksasi. Nilai kembali DJJ setelah 5 menit dari

pemeriksaan sebelumnya, kemudian simpulkan perubahan yang terjadi. Jika DJJ tidak mengalami perubahan maka siapkan ibu segera dirujuk (Wiknjosastro, 2008).

#### 7. His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012). Adanya his dalam persalinan dibedakan sebagai berikut:

##### a) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap 10 cm. Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Winkjosastro, 2008).

##### b) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi.

Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Winkjosastro, 2008)

##### c) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Winkjosastro, 2008).

d) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah plasenta dan berakhir dua jam setelah post partum (Winkjosastro, 2008).

8. Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dan diketahui juga effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge.

a) Pendataran serviks

Derajat pendataran serviks biasanya dinyatakan dengan panjangkanalis serviks berbanding dengan panjang yang belum mendarat.

b) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata bukan serviks.

c) Posisi serviks

Hubungan antara ostium serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi tengah atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

d) Station

Ketinggian bagian terbawah janin di jalan lahir digambarkan dalam hubungannya dengan spina ischiadika yang terletak ditengah-tengah antara pintu atas panggul dan pintu bawah panggul.

e) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada di forniks posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis serisis. Jika diagnosis tetap tidak pasti, metode lain yang dapat digunakan adalah pengujian Ph cairan vagina, pH secret vagina normalnya berkisar antara 4,5 dan 5,5 sementara cairan amnion biasanya 7,0 sampai 7,5 (Winkjosastro, 2008).

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi.
- 2) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap.
- 3) Untuk menyelesaikan persalnan (Marmi, 2011).

Frekuensi pemeriksaan dalam pada wanita intrapartum yang normal dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam sebanyak 5 kali yaitu :

- 1) Pada saat datang, untuk menetapkan informasi dasar.
- 2) Sebelum memutuskan jenis obat, jumlahnya dan rute pemberiannya.
- 3) Untuk memastikan pembukaan sudah lengkap sehingga dapat diputuskan apakah ibu harus mengejan atau sebaliknya.
- 4) Setelah ketuban pecah, jika dicurigai atau kemungkinan terjadi prolaps tali pusat.
- 5) Untuk mengecek prolaps tali pusat ketika perlambatan frekuensi denyut jantung janin tidak kunjung membaik dengan prasarat biasa (Varney, 2008).

9. Data pemeriksaan penunjang

- a) Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah diperiksa untuk mengetahui golongan darah, kadar darah, kadar haemoglobin (Hb) dan kadar pembekuan darah.

- b) Urin

Urin yang sudah dikeluarkan selama proses persalinan harus dilakukan pemeriksaan mulai diperiksa kandungan glukosa, keton, dan protein, keton dapat terjadi akibat kelaparan / distress maternal jika semua energy yang ada sudah terpakai (Cooper, 2009).

- c) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostik dengan menggunakan gelombang ultrasonik untuk

mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari gelombang ultrasonic yang dipantulkan oleh organ (Prawirohardjo, 2009).

### 3. Diagnose kebidanan

1. Diagnose:  $G_{\geq 1}P_{0>}$ UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H I, H II, H III, H IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu:
  - a) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2008).
  - b) Kala I fase aktif akselerasi/ dilatasi maksimal/ deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Winkjosastro, 2008)
  - c) Kala II dengan kemungkinan masalah:
    - 1) Keletihan (Varney, 2008).
    - 2) Infeksi (Saifuddin, 2011).
    - 3) Kram tungkai
  - d) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Winkjosastro, 2008).
  - e) Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Winkjosastro (2008)

- 1) Retensio plasenta
  - 2) Avulasi tali pusat
- f) Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik. Prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Winkjosastro (2008):

- 1) Atonia uteri
- 2) Robekan vagina, perineum atau serviks
- 3) Subinvolisio sehubunga dengan kandung kemih penuh.

#### 4. Intervensi

1. Diagnose: GPAPIAH UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, puka/puki, presentasi kepala, HI, II, III, IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/ fase aktif.

Tujuan : proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

- a) KU baik, kesadaran composmentis
- b) TTV dalam batas normal

T: 100/60-130/90 mmHg

S: 36,5-37,5 °C

N: 80-100x/menit

R: 16-24 x/menit

- c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
- d) Kala I pada primigravida < 13 jam sedangkan multigravida < 7 jam.
- e) Kala II pada primigravida < 2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.
- f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
- g) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan pada multigravida < 15 menit.
- h) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- i) Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Winkjosastro (2008):

- a) Perhatikan psikososial ibu dan berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentraman hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/ Ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

- b) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum

Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energy dalam mengejan.

R/ Persiapan energy ibu untuk persalinan.

- c) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri. Ibu dapat istirahat/ tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaling terlentang. Hal ini dikarekan jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurugi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/ mempercepat penurunan kepla janin.

- d) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

R/ Untuk mempercepat penurunan kepala janin.

- 1) Bila his jarang, bagian terendah belum masuk pintu atas panggul dan ketuban (+) maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.
- 2) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban (-) ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring ke kiri untuk menghindari kelainan letak.
- 3) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban (+) pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalinan akan terjadi terlalu cepat.
- 4) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban (-) atau (+), penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring ke kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/ Mempercepat penurunan kepala janin.

e) Observasi TTV

- 1) DJJ setiap ½ jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam
- 3) Nadi setiap ½ jam
- 4) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi.
- 5) Penurunan bagian terbawah janin tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.

6) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.

7) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam.

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

f) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

Dalam proses persalinan harus berkemih tiap 2 jam/lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca persalinan.

R/ Bilas yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

g) Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal.

Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal josastro (2008):

1) Mengenali tanda dan gejala kala II.

Rasional : Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat. Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II :

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

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

Rasional : Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan persalinan lengkap ,bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong untuk menolong dan meratalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia ,siapkan tempat datar dank eras , 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.
- (b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.

3) Pakai celemek plastik.

Rasional : clemek merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro ,2008).

- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

Rasional : penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan atau pathogen yang menular melalui darah ( Varney, 2008)

- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
  - (a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang.
  - (b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

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

8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.

Rasional : pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur portio dan keadaan janin yang baik bias tertolong dengan prosedur persalinan normal.

(a) Lakukan pemeriksaan dalam pastikan pembukaan sudah lengkap.

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

9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan 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.

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

- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.
- (c) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

Rasional : Persiapan keluarga dan klien yang optimak akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

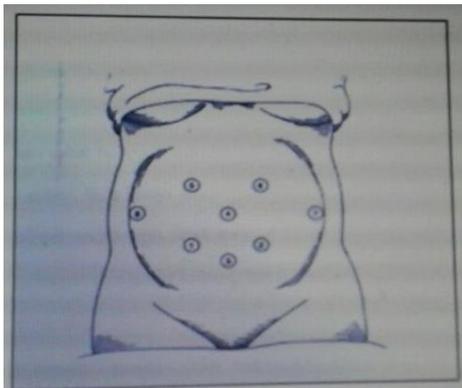
- 11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

Rasional : jika ibu terbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin,cairan ketuban,plasenta) menekan cava vena inverior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro, 2008).



Gambar 2.18  
posisi setengah duduk  
Sumber: Wiknjosastro, 2008

- 12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
  - (a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
  - (b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
  - (c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).
  - (d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
  - (e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
  - (f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).
  - (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.



Gambar2.19  
letak punctum maksimum  
(Sumber : wheeler, 2008)

- (h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).
- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.
- Rasional : Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.
- 16) Letakkan handuk bersih (untuk mngeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

19) Persiapkan pertolongan kelahiran.

Rasional : Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

Kelahiran kepala.

20) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm

membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.

Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

Rasional : melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum (Winkjosastro, 2008).



Gambar 2.20  
melindungi perineum  
Sumber : Nurasiah, 2014

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

Rasional : perasat ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008 )

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



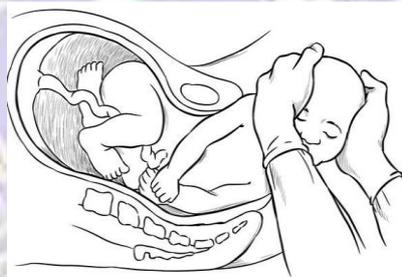
Gambar 2.21  
memeriksa lilitan tali pusat  
Sumber : Nurasiah, 2014

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

### **Lahirnya bahu.**

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

Lahirnya badan dan tungkai.



Gambar 2.22  
melahirkan bahu bayi  
Sumber : Nurasiah, 2014

### **Lahirnya badan dan tungkai**

- 24) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 25) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara

kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

**Penanganan bayi baru lahir.**

R/ Penanganan BBL yang bebar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

26) Lakukan penelian bayi baru lahir dengan dua pertanyaan, yaitu :

(a) Apakah bayi menagis kuat dan atu bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(c) Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atu mega-megap, lakukan langkah resutitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

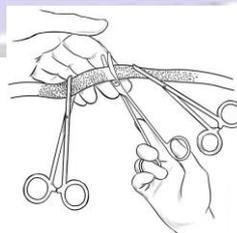
27) Keringkan tubuh bayi.

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

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

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

- 30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 31) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 32) Pematangan dan pengikatan tali pusat.
- (a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan penggungtingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
  - (b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
  - (c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.



Gambar 2.23  
memotong tali pusat  
Sumber : Nurasiah, 2014

- 33) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.
- 34) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

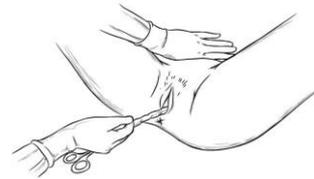
### **Kala III**

Penatalaksanaan aktif persalinan kala III  
(Wiknjastro, 2008) Penanganan tali pusat bayi.

R/Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

- 35) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
- 36) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.
- 37) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat

dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.



Gambar 2.24  
Menegangkan tali pusat  
Sumber : Nurasiah, 2014

#### Mengeluarkan Plasenta

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

38) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

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

- (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.

39) 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.

40) Rangsangan taktil (massage uterus)

R/ Massage uterus merangsang kontraksi

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.

- 42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh . Masukkan plasenta kedalam kantong plastic atau tempat khusus.
- 43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Rasional : pemeriksaan sedini mungkin akan mempersepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan .

**Kala IV :** ( Wiknjosastro , 2008)

Menilai perdarahan. 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) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

47) 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.

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 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.

(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.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri

49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masage uterus dan menilai kontraksi.

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



Gambar 2.25  
memasase uterus  
Sumber Nurasiah, 2014

- 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 selama jam 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 (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36°-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 ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- 57) Dikontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan ari mengalir.

#### **Dokumentasi**

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

Masalah potensial :

#### **A. Masalah dalam kala I**

1. Cemas menghadapi proses persalinan

Tujuan : mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan.

Kriteria : ibu tampak tenang

Intervensi :

1. Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/ proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

2. Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/ seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

3. Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/ Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

2. Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria :

1. Nyeri punggung berkurang
2. Ibu tidak merasa cemas
3. Ibu merasa tenang.

Intervensi menurut Nurasiah (2014)

1. Hadirkan orang terdekat ibu

R/ kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalian.

2. Berikan sentuan fisik misalnya pada tungkai, kepa dan lengan.

R/ Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

3. Berikan usapan punggung

R/ Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

4. Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas

R/ Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

5. Pemberian kompres panas pada punggung.

R/ kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

## B. Masalah pada kala II

1. Kekurangan cairan

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

1. Nadi 76-100x/menit
2. Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

Intervensi menurut Winkjosastro (2008):

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 infuse menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G berikan RL atau NS 125 cc/jam.

R/ Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

3. Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

2. Infeksi

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria :

1. Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)
2. Suhu 36-37,5<sup>0</sup>C
3. KU baik
4. Cairan ketuban/ cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Winkjosastro (2008)

1. Baringkan miring ke kiri

R/ Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

2. Pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125 ml/jam

R/ Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

3. Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/ Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

4. Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetric

R/ infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

3. Kram tungkai

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

## Intervensi:

## 1. Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstermitas bawah.

## 2. Atur posisi dorsofleksi

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.

C. Bayi baru lahir cukup bula, sesuai masa kehamilan, KU baik.

Tujuan : dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria :

1. Bayi menagis kuat
2. Bayi bergerak aktif

## Intervensi:

## 1. Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi

R/ Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

2. Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/ Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

3. Bounding attachment dan lakukan IMD

R/ Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

4. Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/ K1 dapat mencegah perdarahan intracranial

5. Berikan salep mata

R/ Salep mata sebagai profilaksis

D. Masalah pada kala III

1. Retensio Plasenta

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Nurasiah (2014)

1. Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infuse menggunakan jarum besar (ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin

a) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

b) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapasitas kegawatdaruratan obstetric.

2. Dampingi ibu ke tempat rujukan.

3. Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapatkan pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2. Terjadi avultasi tali pusat

Tujuan : avultasi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Winkjosastro (2008):

1. Palpasi uterus untk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

2. Saaat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

3. Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

4. Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

E. Masalah pada kala IV

1. Terjadi antonia uteri

Tujuan : atonia dapat teratasi

kriteria :

1. Kontraksi uterus baik, keras dan bundar
2. Perdarahan <500 cc

Intervensi:

1. Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdraha berkurang
2. Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan uterus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infuse dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin.
3. Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI

4. Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfuse darah.
5. Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

2. Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria :

1. Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik
2. Perdarahan < 500cc

Intervensi:

1. Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
2. Jika terjadi laserasi satu atau menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
3. Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

- a) Pasang infuse dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16-18) dan berikan RL atau NS

- b) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
- c) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdaruratan obstetric
- d) Dampingi ibu ke tempat rujukan

### **5. Implementasi**

Bidan melakukan asuhan rencana kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri dan rujukan (Marmi, 2012).

### **6. Evaluasi**

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2008). Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Ambarwati, 2010). Tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.

2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
3. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/ pasien.

## 7. Dokumentasi

Metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ringan ini menggunakan SOAP yaitu:

**S** : Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.

**O** : Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan.

**A** : Assement atau analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam satu identifikasi:

1. Diagnose atau masalah.
2. Antisipasi diagnose atau masalah potensial.
3. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter.  
Konsultasi atau kolaborasi.

P : Plan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan (P) dan evaluasi (E) berdasarkan analisa (Estiwidani, 2008).



### 2.2.3 Asuhan kebidanan pada masa nifas

#### A. Pengkajian data

##### 1. Data Subyektif

###### 1. Biodata

###### a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2012).

###### b) Agama

Agama tertentu melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran (Purwanti, 2012)

###### c) 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 menyebabkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknik laktasi dan penyimpanan ASI (marmi, 2012).

## 2. Keluhan utama

Menurut Varney (2008), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

### a) *After pain*

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sementara-sementara) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

### b) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

### c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu

meningkat, pada sekitar hari ke- 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi taramatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

### 3. Riwayat kesehatan

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2012).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Saleha, S. 2009).

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010).

d) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan

perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> (Manuaba, 2010).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa 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 pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser, 2009).

#### 4. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Dewi A.2016).

## 5. Riwayat kebidanan

### a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2014).

### b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses

payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Saifuddin, 2014).

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. Menurut Manuaba (2012), pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Saleha, S. 2009).

6. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saleha, S. 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. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney, 2008). Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2012).

c) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Pakaian agak

longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Mochtar, R. 2012).

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Kumalasari, 2015).

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 (Ambarwati, 2010).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2014).

7. Riwayat Psikososial Spiritual

Menurut Marmi (2015), membagi fase nifas menjadi 3 bagian 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 berulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b) Fase *taking hold*

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

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

c) Fase leting go

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

8. Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Marmi 2015 ).

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 bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- e) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusui.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2012).
- g) Kebiasaan membuang susu jolong.
- h) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

## **2. Data obyektif**

### **1. Pemeriksaan Umum**

#### **a) Keadaan umum**

Keadaan umum baik, kesadaran komposmetis, 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).

b) Kesadaran kosmesmetis (Manuaba, 2012).

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2008).

2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2008).

3) Suhu

Suhu  $38^{\circ}\text{C}$  atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperalis*. Kenaikan suhu

tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014).

#### 4) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan, Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney,2008).

### 2. Pemeriksaan fisik

#### a) Mata

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

#### b) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis

#### c) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata,

Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014). Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, 2008).

d) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih. Menurut Varney, (2008), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih,

karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

- 3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen.

Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (a) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.
- (b) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.
- (c) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak

menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

(d) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari andadengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.

(e) Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.

(f) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus

yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

(g) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.

(h) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan kesisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasad ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

(i) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.

(j) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang

ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut :

(k) diastasis= 2/5 jari

rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul diarea sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

e) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokia, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi. Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil. Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga.

Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lokia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka

episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Purwanti, E. 2012).

f) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Muslihatun. 2009).

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba,2012).

4. Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Bahiyatun (2009) yaitu :

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya.

### 3. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Marmi, 2012). P<sub>APIAH</sub>, post partum hari ke ...., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney,2008).

### 4. Perencanaan

Diagnosa : P<sub>APIAH</sub>, post partum hari ke ...., laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara .

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum : kesadaran komposmetis
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- 3) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg

N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5<sup>0</sup>C

R : 16-24x/menit

## 4) Laktasi normal

Menurut Marmi (2015: 32) Asi dibedakan menjadi 3 stadium:

- a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

## 5) Involusi uterus normal

Tabel.2.16

Involusi uterus

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat-simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesarhamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber: Ambarwati, 2010

## 6) Lochea normal

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna, merah dan hitam, lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba dkk, 2010).

KU bayi baik

R : 30-60x/menit

S : 36,5-37,5<sup>0</sup>C

Intervensi menurut Sofian (2012) :

1. Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.  
R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi
2. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.  
R/ Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan
3. Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.  
R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012)
4. Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.  
R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012)

5. Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya.

R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

Kemungkinan masalah :

a) Masalah 1 : Retensi urin

Tujuan : masalah retensi urin teratasi

Kriteria : ibu dapat berkemih dengan normal

Intervensi :

1) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi BAK pada masa nifas

Rasional : ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi BAK yaitu mencegah terjadinya inkontinensia yang berlebih.

2) Melakukan pemasangan kateter pada ibu

Rasional : pemasangan kateter dilakukan untuk membantu mengosongkan kandung kemih

3) Anjurkan ibu untuk minum Air putih sebanyak mungkin, minimal 8 gelas per hari

Rasional : air putih dapat membantu memperlancar kinerja system urinaria.

- 4) Beritahu ibu untuk tidak menahan BAK apabila ada dorongan untuk BAK

Rasional : menahan BAK dapat memperparah Retensi urine

- b) Masalah 2 : Konstipasi

Tujuan : Masalah konstipasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dengan lancar.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009), sebagai berikut:

- 1) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi BAB

Rasional: ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi BAB pada masa nifas

- 2) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan memperbanyak air putih

Rasional: maknan berserat dapat memperlancar BAB

- 3) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

Rasional : dengan istirahat cukup otot dalam tubuh dapat rileks dan melancarkan sistem pencernaan

- 4) Berikan laksatif bila konstipasi parah

Rasional: laksatif dapat melunakan feses sehingga feses bisa keluar.

- c) Masalah 3 : Nyeri pada luka jahitan perineum.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Purwanti (2012), antara lain :

1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan 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 ibu dapat berkurang.

d) Masalah 4 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009), antara lain:

1) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- 2) Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

e) Masalah 5 :Pembengkakan payudara

Tujuan :Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi.

Kriteria :Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Dewi A (2016), antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

- 3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/Air hangat dapat membuat pembuluh darah payudara mengalami vasokonstriksi, sehingga otot payudara tidak tegang.

- 4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui.

R/Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara mengalami vasodilatasi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

## 5. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitative* dalam (Marmi, 2012). 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. Mencatat semua tindakan
10. yang telah dilakukan.

#### **6. Evaluasi**

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010)

#### **7. Dokumentasi**

Menurut Kepmenkes RI (2007) dalam (Marmi, 2012). Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang

tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.



## 2.2.4 Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

### A. Pengkajian

#### 1. Data Subyektif

Mengidentifikasi bayi seperti:

##### 1. Identitas bayi dan orangtua

Sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan. Pada alat/ gelang identifikasi harus tercantum : nama (Bayi, Nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu ( Saifuddin, 2009).

##### 2. Keluhan utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik (Ladewig, 2006). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliiasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012).

##### 3. Riwayat Kesehatan Bayi Baru Lahir

Yang penting dan perlu dikaji dalam riwayat kesehatan bayi baru lahir adalah :

###### a) Faktor Genetik

Meliputi riwayat defek structural metabolik dalam keluarga dan riwayat sindrom genetik (Varney dkk, 2008)

b) Faktor maternal

Meliputi adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/isomunisasi (Muslihatun, 2010)

c) Faktor Perinatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney dkk, 2008).

d) Faktor 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 (Varney dkk, 2008).

e) Faktor neonatus

Bidan harus meninjau catatan perawat atau asisten kelahiran tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir setelah kelahiran antara lain mengisap, kemampuan untuk makan, kesadaran berkemih dan mengeluarkan mekonium (Varney dkk, 2008).

4. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

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

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). Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum.

Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran (Walsh, 2008).

b) Eliminasi

1) BAK

Bayi baru lahir harus sudah BAK dalam waktu 24 jam setelah lahir. Hari selanjutnya bayi akan BAK sebanyak 6-8 kali/jam. Volume urin bayi sebanyak 20-30 ml/hari, meningkat menjadi 100-200 ml/hari pada akhir minggu pertama. Warna urin keruh/merah muda dan berangsur-angsur jernih karena intake cairan meningkat (Muslihatun, 2010)

2) BAB

Warna mekoneum adalah hijau kehitam-hitaman, lembut. Mekoneum ini keluar pertama kali dalam 24 jam setelah lahir. Mekoneum dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Warna faeses bayi berubah menjadi kuning pada saat bayi berumur 4-5 hari (Muslihatun, 2010).

c) Pola aktivitas dan tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu di antara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal

yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011).

Tabel. 2.17  
Perubahan Pola Tidur Bayi

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011)

d) Personal Hygiene

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009).

e) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009). 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 dan Cooper, 2009).

## 2. Data Obyektif

### 1. Pemeriksaan Umum

#### a) Kesadaran

*Composmentis* (sadar penuh dan respon cukup terhadap stimulus yang diberikan), *apatitis* (acuh tak acuh terhadap sekitar), *somnolen* (kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsive terhadap rangsangan ringan dan masih memberi respon pada rangsangan yang kuat), *sopor* (anak tidak memberikan respon ringan maupun rangsangan yang kuat), *koma* (anak tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apapun), *delirium* (tingkat kesadaran paling bawah) (Muslihatun, 2010). Perlu dikenali kurangnya reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan (Saifuddin, 2009).

#### b) Tanda-tanda vital

##### 1) Pernafasan

Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010). Pernafasan bayi baru lahir normal 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi (Muslihatun, 2010). Menghitung respirasi

selama satu menit penuh sambil mengamati gerakan perut dan dada. Tingkat normal untuk respirasi adalah 40-60 napas / menit (CMNRP, 2013).

## 2) Denyut Jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010). Bila > 160 kali per menit (takikardia) merupakan tanda tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila < 100 kali per menit (bradikardia) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur, atau kekurangan O<sub>2</sub> (Kumalasari, 2015).

## 3) Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal 36,5<sup>0</sup>C sampai 37,5<sup>0</sup>C (Muslihatun, 2010).

## 4) Apgar score

Tabel 2.18  
Penilaian APGAR Score

Gejala	0	1	2
Denyut jantung janin	Tidak ada	<100 denyut/menit	>100 denyut/menit
Pernapasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik, menangis kuat
Otot	Lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, refleks baik
Reaksi terhadap rangsangan	Tidak ada)	Meringis	Menangis
Warna kulit	Biru/pucat	Badan merah/ekstremitas pucat	Seluruhnya merah

Sumber : Manuaba dkk, 2010.

## 2. Pemeriksaan *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, 2008). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2010).

### b) Panjang Badan

Diukur dari ubun-ubun sampai tumit bayi, posisi telentang, sendi lutut dan panggul harus ekstensi penuh. Normal 45-53 cm (Kumalasari, 2015).

### c) Lingkar Kepala

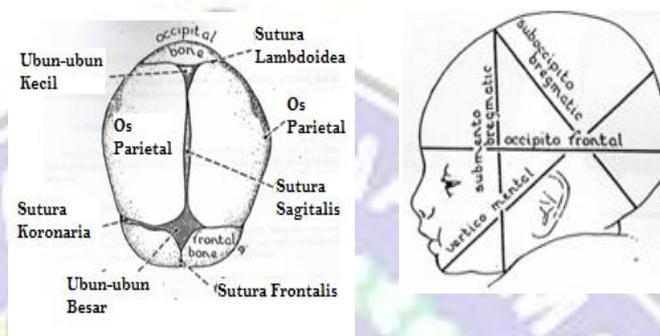
Ukuran kepala janin menurut Sumarah dkk (2008) :

- 1) Diameter sub occipito bregmatika 9,5 - 10 cm
- 2) Diameter occipito frontalis jarak antara oksiput dan frontal, 11-12 cm
- 3) Diameter vertikomrnto / supraoksipitomenal / mento occipitalis  $\pm$  13,5 cm.
- 4) Diameter submentobregmatika 9,5-10 cm
- 5) Diameter biparetalis 9,5-10 cm
- 6) Diameter bitemporalis 8 -10 cm

- 7) Cirkumferensial fronto occipitalis  $\pm$  34 cm
- 8) Cirkumferensial mento occipitalis  $\pm$  35 cm
- 9) Cirkumferensial sub occipito bregmatika 33-34 cm

Gambar 2.26

## Bentuk Ukuran Kepala Janin



Sumber : Fattah R, 2013.

d) Lingkar Dada 30 – 33 cm (Muslihatun, 2010)

e) LILA  $\pm$  11 cm

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### a) Kepala

Ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal haematoma, hidrosefalus, rambut meliputi : jumlah, warna dan adanya lanugo pada bahu dan punggung (Muslihatun, 2010).

#### b) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom Down dan sindrom Piere-Robin. Perhatikan juga

kelainan wajah akibat trauma jalan lahir seperti laserasi, paresis nervus fasialis (Kumalasari, 2015).

c) Mata

Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva (Muslihatun, 2010). Tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2009).

d) Telinga

Periksa dan pastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Pada bayi cukup bulan, tulang rawan sudah matang. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan yang jelas dibagian atas. Perhatikan letak daun telinga. Daun telinga yang letaknya rendah (*low set ears*) terdapat pada bayi yang mengalami sindroma tertentu (Piere-Robin). (Kumalasari, 2015).

e) 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).

## f) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2010).

## g) 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).

## h) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhannya terutama pada bayi baru lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa adanya fraktur (Kumalasari, 2015).

## i) Tangan

Kedua lengan harus sama panjang, periksa dengan cara meluruskan kedua lengan ke bawah, kedua lengan harus bebas bergerak, jika gerakan kurang kemungkinan adanya rusakan neurologis atau fraktur. Periksa jumlah jari perhatikan adanya *polidaktili* atau *sindaktili* (Kumalasari, 2015).

j) Kulit dan kuku

Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/ tanda mongol, selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan ini termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya (Muslihatun, 2010) Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2009).

k) 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).

l) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2006). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012).

m) Punggung

Adakah benjolan/tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2009).

n) Genetalia

Pada bayi laki-laki testis berada pada skrotum atau penis berlubang. Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang, dan terdapat labia naora serta labia mayora (Dewi, 2011).

o) Anus

Berlubang/tidak , posisi , fungsi sfingter ani adanya atresia ani, *meconium plug syndrome*, megacolon (Muslihatun, 2010 ). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012).

p) Tungkai dan kaki

Gerakan, bentuk simetris/tidak, jumlah jari, pergerakan, pes equinovarus / pes equinovalgus (Muslihatun, 2010)

q) Ekstermitas

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). Periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila disentuh, dan pembengkakan (Muslihatun, 2010).

r) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney dkk, 2008).

1) Refleks Kedipan (*glabellar reflex*)

Merupakan respons terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optik (Dewi, 2011).

2) Refleks Mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Indrayani, 2013).

3) Refleks menghisap (*sucking reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Wiknjosastro, 2008).

4) *Tonick neck reflex*

Letakkan bayi dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstermitas terestensi pada sisi kepala yang di putar, tetapi ekstermitas pada sisi lain fleksi. Pada keadaan normal bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf asesori (Dewi, 2011).

5) 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).

6) Refleks terkejut (*morro 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 (Indrayani, 2013).

7) *Grasping reflex*

Normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada palmar yang ditekan dengan kuat (Dewi, 2011).

8) *Walking reflex*

Bayi akan menunjukan respons berupa gerakan berjalan dan kaki akan bergantian dari fleksi ke ekstensi (Dewi, 2011)

9) *Babinsky reflex*

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Indrayani, 2013).

4. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Laboratorium menurut Muslihatun (2010).

1) Nilai laboratorium darah neonatus normal

Hemoglobin 14 – 22 g/dl (kadar Hb-F tinggi, menurun dengan penambahan usia), hematokrit 43-63%, eritrosit 4,2 – 6 juta/mm<sup>3</sup>, retikulosit 3 – 7 %, leukosit 5000-30.000/mm<sup>3</sup>, jika ada infeksi </mm<sup>3</sup>, trombosit : 150.000-350.000/mm<sup>3</sup>, volume darah 85 cc/kgBB

2) Nilai laboratorium cairan otak neonatus normal

Warna 90-94% xantochrome (kekuning-kuningan jernih), Nonne/pandy (+) usia diatas 3 bulan harus sudah negative, protein 200-220 mg/dl, glukosa 70-80 mg/gl, eritrosit 1000-2000/LPB, leukosit 10-20/LPB menunjukkan fungsi BBB(blood-brain barrier) masih belum sempurna.

### 3. Analisis Data

Analisis/*assessment* merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi ( kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif, mencakup: diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatun, 2010).

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).

#### 4. Perencanaan

##### 1. Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik

Tujuan :

Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi

Kriteria :

a) Keadaan umum baik

b) TTV normal menurut Kumalasari (2015 ) adalah:

S : 36,5-37,2 °C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

c) Bayi menyusu kuat

d) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi adalah:

a) Keringkan dan dibungkus dengan kain kering

R/ untuk mencegah terjadinya hipotermia (Dewi, 2011)

b) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ perawatan tali pusat yang benar dan lepasnya tali pusat dalam minggu pertama secara bermakna mengurangi insiden infeksi pada neonatus (Prawirohardjo, 2014)

c) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney dkk, 2009).

e) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008).

f) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah 36,5-37,5 °C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi (Indrayani, 2013).

Masalah Potensial

1) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

Kadar glukosa dalam darah  $\geq 45$  mg/dL, tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi adalah sebagai berikut:

(a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

(b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

(c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

(d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

(e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/ Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

2) Masalah II: Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

(a) Suhu normal bayi 36,5 - 37, 5<sup>0</sup>C ( Sifuddin, 2009)

(b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh bayi teraba dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2009:).

Intervensi adalah:

(a) Hangatkan bayi di dalam incubator atau melalui penyinaran lampu atau menggunakan metode kanguru (bayi diletakkan telungkup didada ibu)

R/ bayi yang mengalami hipotermi mudah sekali meninggal sehingga harus menghangatkan bayi di dalam incubator atau penyinaran lampu. Metode kanguru (bayi diletakkan telungkup didada ibu) agar terjadi kontak kulit langsung ibu dan bayi untuk menjaga agar bayi tetap hangat.

(b) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

(c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/ bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

3) Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi.

Kriteria :

(a) Kadar bilirubin serum  $\leq 12,9$  mg/dL

(b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi:

(a) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kern ikterus).

(c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney dkk, 2008).

(d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

4) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria :

(a) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala

(b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012) :

(a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

(b) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

(c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

(d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

#### 5) Masalah V: Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012):

(a) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

(b) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

(c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(d) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat.

(e) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

6) Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan :Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria :Tidak muntah dan gumoh setelah minum, bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012) :

(a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

(b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7) Masalah VII : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Muslihatun (2010) :

- (a) Bersihkan mulut bayi dengan ujung jari ibu yang dibungkus dengan kain bersih dan telah dicelupkan dengan air hangat bergaram.

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush (Marmi, 2012).

- (b) Olesi bercak *trush* dalam mulut bayi dengan larutan nistalin oral atau Gentian Violet 0,25-0,5% sampai empat kali sehari.

- (c) Anjurkan ibu untuk mengolesi payudaranya dengan krim nistalin atau larutan Gentian Violet 0,5% setiap kali setelah menyusui selama bayi diobati.

R/ untuk menghilangkan jamur *candida albicans* sehingga mencegah timbulnya oral trush.

8) Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- (a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

- (b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- (c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- (d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

## 5. Implementasi

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 (Marmi, 2012).

## 6. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010).

## 7. Dokumentasi

Menurut Marmi 2012: Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif,

penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.



## 2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

### A. Pengkajian Data

#### 1. Data subyektif

##### 1. Biodata

###### a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2010).

###### 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 (Romauli, 2011).

###### c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Romauli, 2011).

###### d) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Ambarwati, 2010).

e) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Glasier, 2008).

2. Keluhan utama

a) Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Saifuddin (2013) adalah:

- 1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- 2) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3. Riwayat kesehatan

a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Marmi, 2011).

b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*) (Manuaba, dkk. 2010).

c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013).

- d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Marmi, 2011).
- e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Manuaba, 2010).

#### 4. Riwayat Kebidanan

##### a) Haid

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 (Saifuddin, 2013). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Saifuddin, 2010). Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

b) 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 (Saifuddin, 2013). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontraepsi IUD (Saifuddin, 2010). IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik.

c) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015). Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015).

5. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2015).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot.

c) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala).

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

e) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

**2. Data Obyektif**

1. Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah  $< 180/110$  mmHg. Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser dan Cooper, 2009).

b) Pemeriksaan antropometri

1) Berat badan

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5

kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2015).

## 2. Pemeriksaan fisik

### a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010).

### b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Dewi A.2016).

### c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant.

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore. (Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). 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 (Kumalasari I. 2015).

f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan oleh Siswishanto (2009) sebagai berikut :

1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

- (a) Memastikan gerakan serviks bebas
- (b) Menentukan besar dan posisi uterus
- (c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- (d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

**3. Analisis Data**

Analisis/*assessment* merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi ( kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif, mencakup: diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masalah potensial (Muslihatun, 2010).

Diagnosa Kebidanan

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.

#### 4. Perencanaan

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:

1. Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria

1. Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
2. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
3. Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.  
R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

4. Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5. Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7. Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi (Kumalasari I. 2015)

**Masalah potensial :**

a) Masalah I : *Amenorhea*

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- 1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhea*  
R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien
- 2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim  
R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya
- 3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

## b) Masalah II : Pusing

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria :Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Kumalasari I (2015):

- 1) Kaji keluhan pusing pasien  
R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.
- 2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara  
R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.
- 3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi  
R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c) Masalah 3 : Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria :Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010) adalah:

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah  
R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.
- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

d) Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria :Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Dewi A (2016) :

- 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.

e) Masalah 5 : Penambahan berat badan

Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya

Kriteria :Ibu mengerti tentang efek samping dari Kb hormonal.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) adalah:

1) Jelaskan pada ibu tentang efek samping dari KB hormonal.

R/ klien mengerti bahwa penambhan berat badan merupakan efek samping dari KB hormonal.

2) Jika pasien tidak dapat menerima penambahan berat badan yang ia alami dan tidak ingin melanjutkannya maka pasien dapat pindah ke kontrasepsi yang lain

R/ pindah kontrasepsi lain yang tidak mengandung hormonal

## 5. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007) dalam (saifuddin 2010).

## 6. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif (Muslihatun, 2010).

### a. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007) dalam (Saifuddin, 2010).

Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa .

O: Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan .

A: Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

