

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar/Teori

##### 2.1.1 Konsep dasar kehamilan

###### 1. Definisi kehamilan

- a. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin.

Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari haid pertama haid terakhir (Prawirohardjo,2009:89).

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

- c. Menurut Saifuddin (2009) kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implementasi. 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 menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu, (minggu ke-13 hingga ke-27, dan trimester ketiga 13 minggu, minggu ke-28 hingga ke-40 (Elisabeth, 2015: 69).

## 2. Proses kehamilan

Untuk dapat terjadi kehamilan harus terdapat spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi.

### a. Spermatogenesis

Spermatogenesis adalah keseluruhan dalam proses memproduksi sperma yang matang. Sel benih primordial membelah untuk menghasilkan spermatogonia yang terletak di lamina basal tubulus seminiferus. Diawal pubertas, spermatogonia mulai membelah untuk menghasilkan spermatosit primer melalui proses mitosis. Kemudian spermatosit tersebut melakukan pembelahan meiosis pertama untuk menghasilkan spermatosit sekunder. Spermatosit sekunder diploid kembali membelah (pembelahan meiosis II) untuk mngehasilkan spermatid haploid. Kemudia melalui proses diferensiasi terjadi rangkaian perubahan yang menghasilkan sperma motil. Perubahan yang nyata yaitu

berkurangnya ukuran sperma secara keseluruhan dan terbentuknya ekor yang memungkinkan sperma untuk berenang (Holmes dkk, 2011: 13).

b. Ovum

Perkembangan oosit matur dari sel benih primordial penghasil oogonia di ovarium, proses ini sangat mirip dengan proses spermatogenesis. Namun ada beberapa perbedaan yang jelas. Setelah pembelahan meiosis pertama oosit primer menjadi oosit sekunder, satu dari dua sel anak (badan polar pertama) mengalami degenerasi. Demikian pula dengan satu dari sel anak dari hasil pembelahan meiosis kedua (badan polar kedua) tidak mampu bertahan dan ikut berdegenerasi. Oleh sebab itu, setelah pembelahan mitosis dan meiosis satu oogonium diploid menghasilkan satu ovum (Holmes, 2011: 15).

c. Pembuahan (fertilisasi)

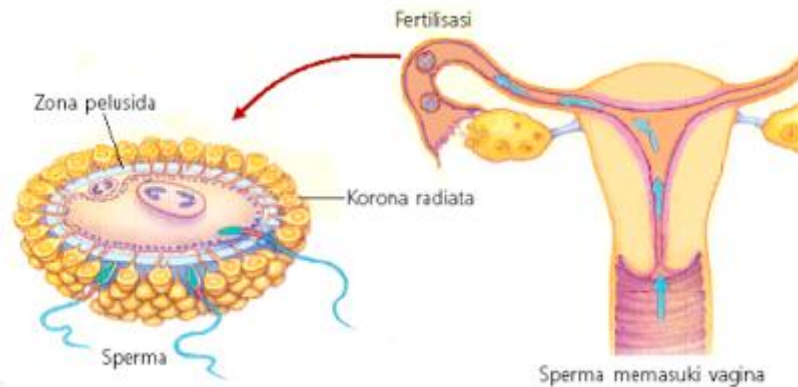
Pembuahan adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa kedalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetic. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapasitas mampu melakukan penetrasi membrane sel ovum.

Pada saat spermatozoa menembus zona pelusida terjadi reaksi korteks ovum. Hal ini menyebabkan glikoprotein di zona pelusida berkaitan satu sama lain membentuk suatu materi yang keras dan tidak dapat ditembus oleh spermatozoa. Proses ini mencegah ovum dibuahi lebih dari satu sperma.

Spermatozoa yang telah masuk ke vitelus kehilangan membran nucleus nya yang tinggal hanya pronukleusnya, sedangkan ekor spermatozoa dan mitokondrianya berdegenerasi. Itulah sebabnya seluruh mitokondria pada manusia berasal dari ibu (maternal).

Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembelahan zigot. Segera setelah pembelahan ini terjadi, pembelahan-pembelahan selanjutnya berjalan dengan lancar, dan dalam 3 hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya. Dalam ukuran yang sama ini hasil konsepsi disalurkan terus ke pars isthmica dan pars interstitialis tuba (bagian-bagian tuba yang sempit) dan terus disalurkan ke arah kavum uteri oleh arus serta getaran silia pada permukaan sel-sel tuba dan kontraksi tuba. (Sarwono, 2014: 139).



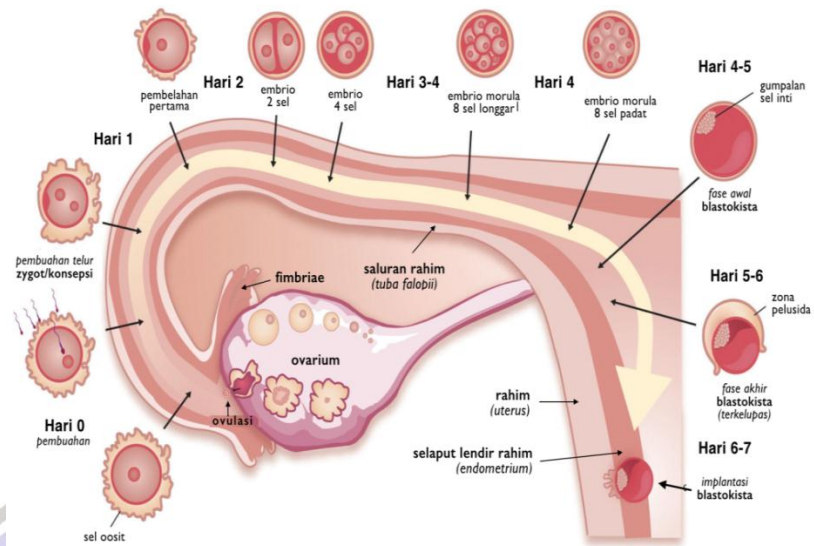


Gambar 2.1  
Proses fertilisasi pada kehamilan  
Sumber: .

#### d. Nidasi

Pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista, suatu bentuk yang dibagian luarnya adalah trofoblas dan dibagian dalamnya disebut massa inner cell. Massa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta.

Nidasi diatur oleh suatu proses yang kompleks antara trofoblas dan endometrium. Di suatu sisi trofoblas mempunyai kemampuan invasive yang kuat, disisi lain endometrium mengontrol invasi trofoblas dengan menyekresi ka factor-faktor yang aktif setempat (local) yaitu inhibitor cytokines dan protease (Sarwono, 2014: 140).



Gambar 2.2  
Proses nidasi atau implantasi  
Sumber: Witjaksono J. 2015. Peran Dan Fungsi Rahim  
Dalam Kehamilan Normal.

#### e. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi.

Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi, trofoblas invasive telah melakukan penetrasi ke pembuluh darah endometrium. Terbentuklah sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruangan-ruangan interviler dimana vilikorialis seolah-olah terapung-apung diantara ruangan-ruangan

tersebut sampai akhirnya terbentuknya plasenta (Sarwono, 2014:141).

f. Perkembangan janin

Embrio akan berkembang sejak usia 3 minggu dari hasil konsepsi. Secara klinis pada usia gestasi 4 minggu dengan pemeriksaan USG akan terlihat seperti kantong gestasi berdiameter 1 cm, namun embrio belum terlihat. Pada minggu ke 6 dari haid terakhir usia konsepsi 4 minggu embrio berukuran 5mm, kantong gestasinya berukuran 2-3 cm. pada saat itu akan tampak denyut jantung melalui USG. Pada akhir minggu ke 8 usia gestasi 6 minggu usia embrio embrio akan berukuran 22-24 mm, dimana akan Nampak kepala yang relative besar dan tonjolan jari. Gangguan atau teratogen akan memiliki dampak berat apabila terjadi pada gestasi kurang dari 12 minggu, terlebih pada usia minggu ke 3 (Saifuddin, 2014:157-159).



Gambar 2.3

Perkembangan janin dari minggu ke minggu

Sumber:

(<https://www.google.com/url?q=https://apkgk.com/id/com.perkembangan.janin.minggu>).



Tabel 2.1  
Perkembangan fungsi organ janin

Usia gestasi (minggu)	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih tergegang. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka, pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150x/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28	Saat itu disebut permulaan trimester 3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. System saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70%). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas telah regular, suhu relative stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan memiliki seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber: (Saifuddin, 2008: 159).



### 3. Tanda-tanda kehamilan

Menurut Umami dkk (2011) dibagi menjadi tiga :

#### a. Tanda tidak pasti (presumptive sign)

Adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil. Terdiri dari :

- 1) Amenorea (berhenti menstruasi)
- 2) Mual (nausea) dan muntah (emesis)
- 3) Syncope (pingsan)
- 4) Kelelahan
- 5) Payudara tegang
- 6) Sering miksi
- 7) Konstipasi dan obstipasi
- 8) Pigmentasi kulit

#### b. Tanda kemungkinan (probability sign)

Adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada ibu hamil.

##### 1) Pembesaran perut

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

##### 2) Tanda hegar

Adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.

3) Tanda chadwicks

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

4) Tanda piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplentasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

5) Tanda goodel

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

6) Kontraksi Braxton hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadic, tidak nyeri. Biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya, dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

7) Teraba ballottement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan

kehamilan kerana perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan myoma uteri.

8) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya human chorionic gonadotropin (hCG) yang diperoleh oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormone ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan disekresi pada urine ibu. Hormone ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130.

c. Tanda pasti (positif sign)

Tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

1) Gerakan janin dalam rahim

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

2) Denyut jantung janin

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

stetoskop laenec. DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

### 3) Bagian-bagian janin

Yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

### 4) Kerangka janin

Dapat dilihat dengan foto rongen maupun USG. USG juga untuk membuktikan kehamilan, usia kehamilan, ukuran plasenta dan lokasinya, kemungkinan bayi kembar, serta beberapa abnormalitas (Kamariyah dkk, 2014: 67).

## **4. Perubahan fisiologis kehamilan**

### a. Sirkulasi darah ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain:

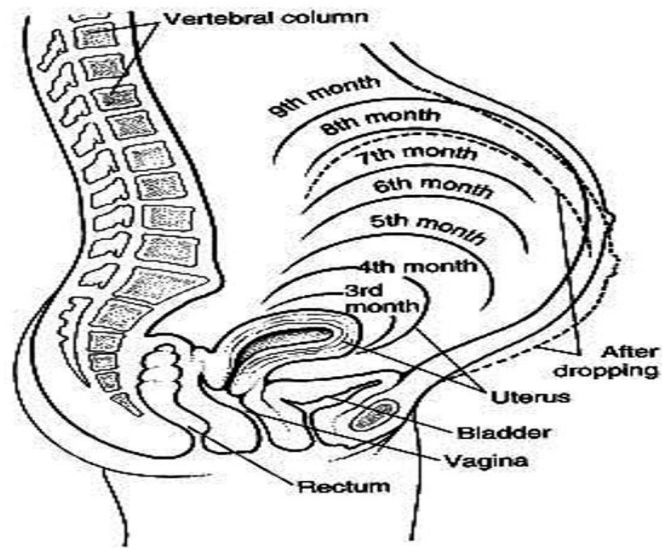
- 1) Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.
- 2) Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter.
- 3) Pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin meningkat (Manuaba, 2010: 92).



b. Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 (bahkan dapat mencapai 20) atau lebih dengan berat rata-rata 1100 g. pada minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avocado.

Pada akhir kehamilan 12 minggu uterus akan terlalu besar dalam rongga pelvis dan seiring berkembangnya, uterus akan menyebtuh dinding andominal, mendorong usus kesamping dank e atas, terus tumbuh hingga hamper menyentuh hati (Sarwono, 2014:141).



Gambar 2.4  
Ukuran uterus sesuai usia kehamilan

Sumber:

<https://oshigita.wordpress.com/2013/10/31/pemeriksaan-palpasi-leopold/>.

Tabel 2.2  
Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis	12 Minggu
1/2 di atas simfisis perut	16 minggu
2/3 di atas simfisis	20 Minggu
Setinggi fundus	22 Minggu
1/3 diatas pusat	28 Minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus	34 Minggu
Setinggi Prosesus xifoideus	36 Minggu
Dua jari (4 cm) di bawah prosesus xifoideus.	40 Minggu

Sumber : (Manuaba, dkk. 2010:10)

#### c. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada

kelenjar-kelenjar serviks. Berbeda kontras dengan korpus, serviks hanya memiliki 10-15 % otot polos. Jaringan ikat ekstraselular serviks terutama kolagen tipe 1 dan 3 dan sedikit tipe 4 pada membrane basalis (Saifuddin, 2011, 177).

d. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vili korealis yang mengeluarkan hormone korinoik gonadotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipofisis anterior (Manuaba, 2010: 92).

e. Vagina dan perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya jumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos (Sarwono, 2014: 142)

f. Perubahan pada kulit

Cloasma gravidarum adalah bintik-bintik pigmen kecokelatan yang tampak di kulit kening dan pipi. Peningkatan pigmentasi juga terjadi disekeliling puting susu, sedangkan diperut bawah

bagian tengah biasanya tampak garis-garis gelap, yaitu pembuluh darah kecil yang member gambaran seperti laba-laba atau biasa disebut spider angioma, bisa juga muncul dikulit dan di atas pinggang. Pelebaran pembuluh darah kecil yang ber dinding tipis sering muncul di tungkai bawah. Pembesaran rahim menimbulkan pergerakan dan dapat menyebabkan robekan serabut elastis di bawah kulit, sehingga menimbulkan striae gravidarum/striae livide. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra (sulistyawati, 2012 :65). pada primigravida, panjang linea nigra mulai terlihat pada bulan ketiga dan terus memanjang seiring dengan meningginya fundus. Pada multigravida keseluruhan garis umumnya muncul sebelum bulan ketiga. Selain itu, kulit perut mengalami peregangan sehingga tampak retak-retak, warna agak hiperemia dan kebiruan disebut striae livide (timbul karena ada hormone yang berlebihan dan ada pembesaran/peregangan pada jaringan menimbulkan perdarahan pada kapiler halus di bawah kulit menjadi biru) tanda regangan timbul pada 50% sampai 90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan setelah partus berubah menjadi putih disebut striae albicans (biasanya terdapat pada payudara, perut, dan paha) (Kamariyah dkk, 2014: 34).



g. Payudara

Payudara/mamae akan membesar dan tegang disebabkan oleh hormone somatomotropin, estrogen dan progesterone akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Somatomotropin berpengaruh terhadap pertumbuhan sel-sel asinuspula dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel sehingga terjadinya pembuatan kasein, laktalbumin dan laktoglobulin. Estrogen menimbulkan hipertropi system saluran dan progesterone menambah sel-sel asinus pada mamae. Selain itu dibawah pengaruh progesterone dan somatomotropin terbentuk lemak disekitar alveolua-alveolus, sehingga mammae menjadi lebih besar. Papilla mammae akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seperti seluruh areola mammae karena hiperpigmentasi. (Pantikawati dkk, 2010: 55).

h. System metabolisme

Wanita hamil membutuhkan zat besi rata-rata 3,5 mg/hari untuk meningkatkan massa sel darah merah , untuk transportasi ke fetus ketika kehamilan memasuki usia 12 minggu dan sisa nya untuk menggantikan cairan yang keluar dari tubuh. Pada metabolisme lemak terjadi peningkatan kadar kolesterol sampai 350 mg. pada metabolisme mineral yang terjadi adalah:

- 1) Kalsium dibutuhkan rata-rata 1,5 gr/hari
- 2) Fosfor dibutuhkan rata-rata 2 gr/hari
- 3) Air, wanita hamil cenderung mengalami retensi air  
(Sulistyawati, 2012: 63).

i. System kardiovaskular

Sirkulasi darah ibu hamil dipengaruhi oleh sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar, dan mammae. Perubahan rata-rata volume plasenta maternal berkisar 20-100%. RBC meningkat 18% tanpa suplemen-suplemen zat besi. Karena volume plasma meningkat rata-rata 50% sementara massa RBC meningkat hanya 18-30% maka terjadi penurunan hematokrit selama masa kehamilan normal sehingga disebut anemia fisiologis. Tekanan darah akan menurun selama 24 minggu pertama kehamilan akibat terjadi penurunan dalam prefiar vaskuler resistence yang disebabkan oleh peregangan otot halus oleh progesterone (Pantikawati dkk, 2010: 60).

j. Traktus digestivus/pencernaan

Perubahan rasa tidak enak pada ulu hati dikarenakan perubahan posisi lambung dan aliran balik asam lambung ke esophagus bagian bawah. Produksi asam lambung menurun. Sering terjadi nausea dan muntah karena pengaruh HCG, tonus otot traktus digestivus menurun hingga motilitas traktus

digestivus juga menurun. Saliva atau air liur berlebihan (Kusmiyati dkk, 2013: 61).

k. Traktus urinarus

Pada trimester kedua kehamilan, kandung kemih akan tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati kearah abdomen. Uretra memanjang hingga 7,5 cm karena kandung kemih bergeser ke atas. Kongesti panggul pada masa kehamilan ditunjukkan oleh hyperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini menyebabkan mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih juga dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih hingga sekitar 1500 ml. pada saat yang bersamaan, pembesaran uterus menekan kandung kemih, dan menimbulkan rasa ingin berkemih walaupun kandung kemih hanya berisi sedikit urine (Hani. Dkk, 2011: 59).

l. System endokrin

Selama siklus menstruasi normal, hipofisis anterior memproduksi LH dan FSH. Follicle stimulating hormone (FSH) merangsang folikel de graaf untuk menjadi matang dan berpindah ke permukaan ovarium dimana ia dilepaskan. Folikel yang kosong dikenal sebagai korpus luteum dirangsang oleh LH untuk memproduksi progesterone. Progesterone dan estrogen merangsang proliferasi dari desidua (lapisan dalam

uterus) dalam upaya mempersiapkan implantasi jika kehamilan terjadi. Plasenta, yang terbentuk secara sempurna dan berfungsi 10 minggu setelah pembuahan terjadi, akan mengambil alih tugas korpus luteum untuk memproduksi estrogen dan progesterone (Sulistyawati, 2012: 66).

m. System musculoskeletal

- 1) Pembesaran payudara dan rotasi anterior panggul memungkinkan dapat terjadinya lordosis.
- 2) Ibu sering mengalami nyeri dibagian punggung dan pinggang karena mempertahankan posisi stabil, beban meningkat pada otot punggung dan kolumna vertebrae.
- 3) Relaksasi persendian karena pengaruh hormone relaksin
- 4) Mobilitas dan pliabilitas (pelunakan) meningkat pada sendi sakroiliaka.
- 5) Peningkatan berat badan karena pembesaran uterus
- 6) Perubahan postur
- 7) Relaksasi dan hipermobilitas sendi pada masa kehamilan akan kembali stabil dan ukuran sama dengan sebelum hamil kecuali pada kaki (Hutahaean, 2013: 45).

n. System pernafasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang rahim dan pembentukan hormone progesterone menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari



biasanya. Wanita hamil bernapas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya. Lingkar dada wanita hamil agak membesar. Lapisan saluran pernapasan menerima lebih banyak darah dan menjadi agak tersumbat oleh penumpukan darah (kongesti). Kadang hidung dan tenggorokan mengalami penyumbatan persial akibat kongesti ini. Tekanan dan kualitas suara wanita hamil agak berubah (Sulistyawati, 2009: 111).

o. BB dan IMT

Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks massa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1,57 meter. Maka IMT nya adalah  $51/(1,57)^2 = 20,7$ . Nilai IM mempunyai rentang sebagai berikut:

19,8-26,6 : normal

<19,8 : underweight

26,6-29 : overweight

>29 : obese

Pertumbuhan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat keterlambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga

dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra-uteri (Intra Uterin Growth Retardation-IUGR) (Sulistiyawati, 2012: 69).

## 5. Perubahan psikologis kehamilan

Menurut teori Rubin, perubahan psikologis yang terjadi pada trimester pertama meliputi ambivalen, takut, fantasi, dan khawatir. Pada trimester kedua, perubahannya meliputi perasaan lebih nyaman serta kebutuhan mempelajari perkembangan dan pertumbuhan janin yang meningkat kadang-kadang tampak egosentris dan berpusat pada diri sendiri. Pada kehamilan trimester terakhir, perubahan yang terjadi meliputi memiliki perasaan aneh, sembronon, lebih introvert, dan merefleksikan pengalaman masa lalunya (Saminem, 2009).

Menurut Sulistiyawati (2009: 76) perubahan-perubahan psikologis yang terjadi selama masa kehamilan adalah:

- a. perubahan psikologis trimester I (periode penyesuaian).
  - 1) ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
  - 2) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
  - 3) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekadar untuk meyakinkan diri.

- 4) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- 5) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakannya.
- 6) Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada tiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.
  - b. Perubahan psikologis trimester II (periode kesehatan yang baik).
    - 1) ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi.
    - 2) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya.
    - 3) Merasakan gerakan anak.
    - 4) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
    - 5) Libido meningkat.
    - 6) Menuntut perhatian dan cinta.
    - 7) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
  - 8) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
  - 9) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.

c. Perubahan psikologis trimester III (periode penantian dengan pebuh kewaspadaan)

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian.
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitive).
- 8) Libido menurun.

#### **6. Kebutuhan dasar ibu hamil**

a. Kebutuhan nutrisi

- 1) Kalori (energy)

Tubuh ibu hamil memerlukan skitar 80.000 ribu tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut, berarti setiap harinya sekitar 300 tambahan kalori dibutuhkan ibu hamil. Pada trimester pertama kehamilan kebutuha nutrisi lebih bersifat kuakitatif daripada kuantitatif, maka dari itu berarti



diet ibu hamil harus seimbang dan mencakup beraneka ragam makanan. Namun pada trimester akhir masa kehamilan terjadi penimbunan lemak, zat besi dan kalsium untuk kebutuhan pasca-natal. Rekomendasi energy untuk setiap ibu hamil tidak dapat disamaratakan (Ayu. dkk, 2018:15).

## 2) Protein

Manfaatnya yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus, plasenta, selain itu juga penting bagi ibu untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin dll). Selama kehamilan dibutuhkan protein tambahan 30 gram/hari (Kusmiyati, 2013:105).

## 3) Asam folat

Asam folat merupakan vitamin B yang memegang peranan penting dalam perkembangan embrio. Beberapa manfaat asam folat bagi ibu hamil adalah untuk membentuk tendon yang menjadi komponen DNA, meningkatkan eritropoiesis (produksi sel darah merah), membantu mencegah neural tube defect (cacat pada otak dan tulang belakang).

Kekurangan asam folat dapat menyebabkan kelahiran kurang bulan (premature), BBLR, dan pertumbuhan janin yang kurang optimal. Ibu hamil disarankan untuk mengkonsumsi 400 µg folat yang bisa didapatkan melalui

suplementasi asam folat maupun sayuran berwarna hijau, jus jeruk, buncis, kacang-kacangan, gandum. Namun asam folat yang berlebihan juga dapat membahayakan karena dapat menutupi zat besi dan vitamin B<sub>12</sub> (Ayu dkk, 2018:16).

#### 4) Kalsium

Metabolism kalsium selama hamil mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar kalsium dalam darah ibu hamil turun drastis sebanyak 5%. Oleh karena itu asupan yang optimal perlu di perimbangkan. Sumber utama kalsium adalah susu dan hasil olahannya, udang, sarang burung, sarden dalam kaleng, dan beberapa bahan makanan nabati, seperti sayuran warna hijau tua dan lain-lain. Selain beberapa zat gizi yang dianjurkan untuk dikonsumsi oleh ibu hamil, ada beberapa makanan yang harus dihindari karena kemungkinan akan dapat membahayakan ibu dan pertumbuhan janin. Makanan yang tidak sehat atau berbahaya bagi janin di antaranya adalah sebagai berikut:

- a) Hati dan produk hati. Mengandung vitamin A dosis tinggi yang bersifat teratogenik (menyebabkan cacat pada janin).
- b) Makanan mentah atau setengah matang karena risiko toksoplasma.

- c) Ikan yang mengandung metil merkuri dalam kadar tinggi seperti hiu, marlin, yang dapat mengganggu system saraf janin.
- d) Kafein yang terkandung dalam kopi, teh, cokelat, kola dibatasi 300 mg per hari. Efek yang dapat terjadi di antaranya adalah insomnia (sulit tidur), refluksi, dan frekuensi berkemih yang meningkat.
- e) Vitamin A dalam dosis >20.000-50.000 IU/hari dapat menyebabkan kelainan bawaan (Sulistyawati, 2012: 109).

#### 5) Lemak

Lemak merupakan sumber tenaga yang vital, selain itu dibutuhkan untuk pertumbuhan jaringan plasenta kebutuhan lemak seorang ibu hamil sebesar 25% dari seluruh kalori yang dikonsumsi sehari. Lemak omega 3 dapat diperoleh dari kacang-kacangan dan olahannya, serta ikan laut (Hutahaean, 2013: 59).

#### 6) Vitamin

Vitamin dibagi menjadi 2, yaitu sebagai berikut:

##### a) Vitamin yang larut dalam lemak

###### (1) Vitamin A

Berfungsi untuk membantu proses pertumbuhan sel dan jaringan tulang, mata, rambut, kulit, organ

dalam, dan fungsi rahim (Kamariyah, 2014: 69).  
Kebutuhan 200 RE (retinol ekivalen) per hari  
(Hutahaean, 2013: 59).

## (2) Vitamin D

Mengonsumsi vitamin D akan dapat mencegah hipokalsemia karena vitamin D dapat membantu penyerapan kalsium dan fosfor yang berguna untuk menetralsir tulang dan gigi (Hutahaean, 2013: 60).  
Ibu hamil membutuhkan 400 IU vitamin D (Kamariyah, 2014: 69).

## (3) Vitamin E

Ibu hamil membutuhkan 15 mg (22,5 IU) (Kamariyah, 2014: 70). Vitamin E berfungsi untuk pertumbuhan sel, jaringan, dan integrasi sel darah merah (Hutahaean, 2013: 60).

### b) Vitamin yang larut dalam air

#### (1) Vitamin C

Berfungsi untuk meningkatkan absorbs zat besi dari suplemen zat besi. Ibu hamil membutuhkan vitamin C 250 mg per hari (Varney, 2009).

#### (2) Vitamin B6

Ibu hamil membutuhkan 2,2 mg per hari (Kamariyah, 2014: 70). Vitamin B6 penting untuk



pembuatan asam amino dalam tubuh (Hutahaean, 2013: 60).

Tabel 2.3  
Kecukupan Gizi Hamil Widya Karya Pangan dan Gizi Tahun 1993

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

Sumber: (Kusmiyati dkk, 2013: 87).

b. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu, sehingga akan berpengaruh pada bayi yang

dikandung. Untuk mencegah hal tersebut di atas dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu:

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

Posisi miring kiri dianjurkan untuk meningkatkan perfusi uterus dan oksigenasi fetoplasenta dengan mengurangi tekanan pada vena asenden (hipotensi supine) (Kusmiyati dkk, 2013: 104).

c. Personal Hygiene

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan system metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel di kulit meningkatkan kelembapan 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

secara rutin minimal dua kali sehari sangat dianjurkan (Sulistyawati, 2012: 118).

d. Seksual

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

bila:

- 1) Terdapat perdarahan pervaginam
- 2) Terdapat riwayat abortus berulang
- 3) Abortus/partus prematurus imminens
- 4) Ketuban pecah
- 5) Serviks telah membuka (Kusmiyati dkk, 2013: 107).

e. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih.

Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone yang mempunyai efek rileks terhadap otot polo,

salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi.

Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi 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 umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Kusmiyati dkk, 2013: 119).

f. Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Marmi, 2011: 124-125).

g. Aktivitas

Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2009: 287).



#### h. Obat-obatan

Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam pemberian terapi, dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan (Sulistiyawati, 2009: 110).

#### i. Perawatan payudara

menyiapkan payudara untuk proses laktasi dapat dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu menggunakan perasat Hoffman (Marmi, 2011: 122)

#### j. Bepergian

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan relaksasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya mengunjungi objek wisata atau pergi keluar kota. Hal-hal yang dianjurkan apabila ibu hamil bepergian adalah:

- 1) Hindari pergi ke suatu tempat yang ramai, sesak, dan panas serta berdiri terlalu lama ditempat itu karena akan dapat menimbulkan sesak nafas sampai akhirnya jatuh pingsan.
- 2) Apabila bepergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu lama harus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan risiko bekuan darah vena dalam dan tromboflebitis.
- 3) Wanita hamil dapat mengendarai mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit.
- 4) Sabuk pengaman sebaiknya selalu dipakai, sabuk tersebut diletakkan dibawah perut ketika kehamilan sudah besar (Indrayani, 2011: 57).

### **7. Faktor yang mempengaruhi kehamilan**

Menurut Ayu dkk (2018) proses perkembangan kehamilan dapat dipengaruhi oleh tiga karakter :

#### **a. Usia ibu saat hamil**

Usia yang terlalu muda atau terlalu tua pada saat hamil dapat mempengaruhi kehamilannya. Ibu hamil dikategorikan terlalu muda hamil jika usianya kurang dari 20 tahun dan terlalu tua hamil jika usianya lebih dari 35 tahun.

Pada umumnya, ibu hamil yang usianya terlalu muda atau terlalu tua akan sering mendapat penyulit masa kehamilan. Usia

yang sehat bagi ibu untuk hamil berkisar antara 20 tahun sampai 35 tahun. Pada usia muda ibu belum siap menerima kehamilannya sehingga ibu menganggap kehamilannya sebagai beban. Hal tersebut memengaruhi adaptasi ibu terhadap kehamilannya yang cenderung beresiko. Pada ibu hamil yang usianya terlalu tua fungsi hormone reproduksi mulai menurun akibat penurunan kadar hormone estrogen.

b. Jarak kehamilan

Terlalu dekat jarak kehamilan dengan kehamilan yang sebelumnya dan kehamilan berikutnya memberi resiko terhadap perkembangan kehamilannya. Resiko yang mungkin timbul adalah abortus, kehamilan tidak berkembang dan perkembangan janin tidak optimal. Sebab setelah berlangsungnya persalinan dinding rahim belum siap menerima kehamilan.

c. Penyakit ibu pada saat hamil

Penyakit yang diderita oleh ibu berpengaruh langsung terhadap kehamilannya. Bakteri ataupun virus yang beredar dalam pembuluh darah akan masuk ke pembuluh darah tali pusat yang membawa darah kejanin. Jika jumlahnya terlalu banyak, barier pertahanan bayi dalam plasenta yang berfungsi untuk membunuh kuman tidak mampu membunuh seluruh kuman

yang beredar. Sehingga kuman akan masuk ke selubung janin dan merusak selubung janin hingga terjadi abortus.

d. Status gizi

Status gizi merupakan hal penting yang harus diperhatikan pada masa kehamilan, karena faktor gizi berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Akibat malnutrisi pada kehamilan menyebabkan berat otak dan bagian-bagian otak serta jumlah sel otak kurang dari normal. Ibu hamil dengan kekurangan gizi akan cenderung melahirkan premature atau BBLR. Rata-rata kenaikan berat badan ibu hamil 10-20 kg atau 20% dari berat badan sebelum hamil (Putranti dkk, 2018: 70).

**8. Diagnosis kehamilan**

Lama kehamilan sampai persalinan aterm adalah sekitar 280-300 hari dengan rincian :

- a. Usia kehamilan sampai 28 minggu dengan berat janin 1000 g bila sudah terjadi persalinan disebut keguguran.
- b. Usia kehamilan 29 sampai 36 minggu bila sudah terjadi persalinan disebut prematuritas.
- c. Usia kehamilan 37 sampai 42 minggu disebut aterm.
- d. Usia kehamilan melebihi 42 minggu baru terjadi persalinan disebut kehamilan lewat waktu atau postdatism (serotinus) (Ida. dkk, 2010: 107).



Menurut Saifuddin (2009) yang dikutip dari buku Walyani (2015:74), Diagnosis dibuat untuk menentukan hal-hal seperti pada tabel berikut:

Tabel 2.4  
Diagnosa Kehamilan

No	Kategori	Gambaran
1.	Kehamilan Normal	1. Ibu sehat 2. Tidak ada riwayat obstetri buruk 3. Ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan 4. Pemeriksaan fisik dan laboratorium normal
2.	Kehamilan dengan masalah khusus	Seperti masalah keluarga atau psiko-sosial, kekesrasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dan lain-lain.
3.	Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganan	Seperti hipertensi, anemia berat, preeklamsi, pertumbuhan janin terlambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin dan kondisi lain-lain yang dapat memburuk selama kehamilan.
4.	Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	Seperti perdarahan, eklamsi, ketuban pecah dini, atau kondisi-kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan bayi.

Sumber :(Walyani, 2015:74)

Menurut Marjati (2011) yang dikutip dari Walyani (2015:74) diagnosi banding nulipara dan multipara dapat dilihat pada tabel :

Tabel 2.5  
Diagnosa Banding Nulipara Dan Multipara

No.	Nulipara	Multipara
1.	Perut Tegang	Perut longgar, perut gantung, banyak strie
2.	Pusat menonjol	Tidak begitu menonjol
3.	Rahim tegang	Agak lunak
4.	Payudara tegang	Kurang tegang dan tergantung, ada strie
5.	Labia mayora nampak bersatu	Terbuka
6.	Himen koyak pada beberapa tempat	Kurunkula himenalis
7.	Vagina sempit dengan rugae yang utuh	Lebih besar, rugae kurang menonjol
8.	Servick licin, bulat dan tidak dapat dilalui oleh ujung jari	Bisa terbuka dengan satu jari, kadang kala ada bekas robekan persalinan yang lalu
9.	Perenium utuh dan baik	Bekas robekan atau bekas episiotomy
10.	Perubahan Serviks : a. Serviks mendatar dulu, baru membuka b. Pembukaan rata-rata 1 cm dalam 2 jam	Perubahan serviks : a. Mendatar sambil hampir membuka hampir sekaligus
11.	Bagian terbawah janin turun pada 4-6 minggu akhir kehamilan	Biasanya tidak terfiks pada PAP sampai persalinan mulai
12.	Persalinan hampir selalu dengan episiotomy	Tidak

Sumber: (Walyani 2015:74)

## 9. Komplikasi pada kehamilan

### a. Hiperemesis gravidarum

Pada tingkat ringan sebaiknya memeriksakan diri dengan gejala muntah berlebihan, keadaan lemas dan lemah, sakit pada ulu hati (perut bagian atas), tidak mau makan, berat badan turun, turgor kulit berkurang, lidah kering, mata cekung, kecepatan nadi meningkat dan tekanan darah turun. Dengan semakin meningkatnya muntah keadaan ibu semakin bertambah parah (Bandiyah, 2009:45).

b. Keguguran kandungan

Beberapa faktor menurut Bandiyah (2009) yang dapat menyebabkan keguguran :

- 1) Faktor telur (ovum) yang kurang baik
- 2) Faktor spermatozoa yang kurang sempurna
- 3) Faktor ketidak suburban lapisan dalam rahim (endometrium)
- 4) Faktor penyakit sistemik pada ibu

c. Kehamilan dengan degenerasi penyakit trofoblas

Kehamilan ini sering disebut juga dengan hamil anggur. Pada kehamilan dengan penyakit trofoblas ini terjadi pembesaran perut yang lebih cepat, tanpa terdapat janin serta dapat terjadi perdarahan. Kadang-kadang perdarahannya disertai pengeluaran gelembung mola (Bandiyah, 2009:48).

d. Kehamilan diluar kandungan (kehamilan ektopik)

Kehamilan ektopik merupakan keadaan darurat yang harus segera mendapat tindakan pembedahan, untuk megambil sumber perdarahan sehingga bahaya lebih lanjutya dapat segera diatasi. Saluran telur bukan tempat untuk tumbuh kembang hasil konsepsi, karena kemampuannya terbatas, namun oleh karena beberapa sebab dapat terjadi gangguan dari proses perjalanan hasil konsepsi sehingga tersangkut dan tumbuh dalam tuba (saluran telur).

Gejala-gejala pada kehamilan ektopik :

- 1) Terdapat trias gejala hamil ektopik (ameroea, sakit perut mendadak, perdarahan melalui liang senggama).
  - 2) Sakit perut disebabkan oleh pecahnya kehamilan ektopik
  - 3) Timbunan darah menimbulkan iritasi dengan manifestasi rasa nyeri
  - 4) Anemia
  - 5) Tekanan darah turun sampai syok
  - 6) Bagian ujung2 anggota badan terasa dingin
  - 7) Perut kembung karena darah (Bandiyah, 2009:50).
- e. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum adalah perdarahan pada trimester dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan (Pantikawati, 2010: 79).



Pada kehamilan usia lanjut, ciri-ciri perdarahan yang abnormal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai rasa nyeri (Asrinah, 2010: 109).

1) Perdarahan pada kehamilan lanjut:

a) Plasenta previa

Menurut Mochtar (1998) dalam buku Sriningsih (2018: 209) plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir (ostium uteri internal).

b) Solusio plasenta

Menurut Cunningham (2004) dalam buku Sriningsih (2018: 217) solusio plasenta adalah lepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta yang berimplantasi normal pada kehamilan diatas 22 minggu dan sebelum anak lahir.

f. Sakit kepala berat

Sakit kepala dapat terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam masa kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang setelah bersitirahat. Terkadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut mungkin ibu akan merasa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit

kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia (Sulistiyawati, 2009: 109).

g. Penglihatan kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan dapat berkurang dalam masa kehamilan. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak atau tiba-tiba, misal pandangan kabur dan berbayang. Perubahan ini mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin akan menandakan pre-eklamsia (Pantikawati, 2010: 89).

**10. Hormone pada kehamilan**

Menurut Saryono (2010) dalam buku Wahyani (2015: 75) hormon adalah zat kimia (biasa disebut bahan kimia pembawa pesan) yang secara langsung dikeluarkan ke dalam aliran darah oleh kelenjar-kelenjar, dan pada kehamilan hormon membawa berbagai perubahan, terpusat pada berbagai bagian tubuh wanita. Hormon yang paling berkaitan dengan kehamilan adalah :

a. Eksterogen

Produksi eksterogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira-kira 100 kali sebelum hamil.

b. Progesteron

Produksi progesteron bahkan lebih banyak dibandingkan ekstrogen, pada akhir kehamilan produksinya kira-kira 250 mg/hari.

c. Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

Puncak sekresinya terjadi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi, fungsinya adalah untuk mempertahankan korpus luteum.

d. Human Placenta Lactogen (HPL)

Hormon ini diproduksi terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari. Ia bersifat diabetogenik, sehingga kebutuhan insulin wanita naik.

e. Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan karena ditekan oleh estrogen dan progesteron plasenta.

f. Prolaktin

Produksinya terus meningkat, sebagai akibat kenaikan sekresi estrogen. Sekresi air susu sendiri dihambat oleh ekstrogen di tingkat target organ.

g. Growth Hormone (STH)

Produksinya sangat rendah karena mungkin ditekan oleh HPL.

h. TSH, ACHT, dan MSH

Hormon-hormon ini tidak banyak dipengaruhi oleh kehamilan.

i. Titoksin

Kelenjar tyroid mengalami hipertrofi dan produksi T4 meningkat.

j. Aldosteron, Renin dan angiotensin

Hormon ini naik, yang menyebabkan naiknya volume intravaskuler.

k. Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat ekstrogen, progesteron dan HPL.

l. Parathormon

Hormon ini relative tidak dipengaruhi oleh kehamilan.

**11. Standar asuhan kehamilan**

Sedikitnya dalam pemberian Asuhan Kebidanan pada saat Kehamilan adalah 4 kali datang berkunjung :

- a. Trimester I (Usia Kandungan 0-12 Minggu) 1x kunjungan
- b. Trimester II (Usia Kandungan lebih dari 12-24 Minggu) 1x kunjungan
- c. Trimester III (Usia Kandungan lebih dari 24 Minggu) 2x kunjungan (Kemenkes RI. 2015:5).

Dalam pemberian asuhan kebidanan menurut Kemenkes RI (2015:8) menggunakan pelayanan Antenatal Terintegrasi/Terpadu yang meliputi :

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)



- d. Ukur tinggi fundus uteri
- e. Menentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- f. Skrining status imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- g. Beri tablet tambah darah (tablet besi)
- h. Pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus (pemeriksaan golongan darah, kadar Hemoglobin darah (HB), protein urin, gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, BTA)
- i. Tata laksana/ penanganan kasus
- j. Temu wicara atau konseling
  - 1) Kesehatan ibu
  - 2) Perilaku hidup bersih dan sehat
  - 3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
  - 4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
  - 5) Asupan gizi seimbang
  - 6) Gejala penyakit menular dan tidak menular
  - 7) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah Epidemio meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.
  - 8) Inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif
  - 9) KB pasca persalinan

10) Imunisasi

11) Peningkatan kesehatan intelegsia pada kehamilan  
(*Brainbooster*).

## 2.1.2 Konsep dasar persalinan

### 1. Pengertian persalinan

- a. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke luar uterus. Persalinan dan kelahiran normal merupakan suatu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan yaitu 37-42 minggu, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Jannah, 2014:1).
- b. Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau telah dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati dkk, 2010: 1).
- c. Persalinan adalah suatu proses pergerakan keluaranya janin, plasenta, dan membrane dari dalam rahim dengan melalui jalan lahir. Proses ini dimulai dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat dari timbulnya kontraksi uterus dengan frekuensi,

durasi, dan kekuatan yang teratur. Awalnya kekuatan yang muncul kecil, kemudian akan terus meningkat hingga pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga akan siap untuk proses pengeluaran janin dari dalam rahim ibu (Rohani. Dkk, 2011: 2).

- d. Berdasarkan kutipan dari Jenny J. S (2013) bahwa menurut (Sarwono, 2008: 100) persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban akan didorong keluar melalui jalan lahir.

## **2. Tujuan persalinan**

Menurut Kuswanti dkk (2017: 8) Tujuan dari asuhan persalinan adalah :

- a. Memberikan dukungan secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran.
- b. Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah dan menangani komplikasi-komplikasi dengan cara pemantauan secara ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- c. Melakuakan rujukan terhadap kasus-kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapatkan asuhan yang spesialis jika diperlukan.
- d. Memberikan asuhan yang adekuat kepada ibu, sesuai dengan intervensi minimal tahan persalinan.

- e. Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
- f. Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarga mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam proses persalinan.
- g. Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi segera setelah dilahirkan.
- h. Membantu ibu untuk pemberian ASI dini.

### 3. Jenis persalinan

a. Jenis persalinan berdasarkan definisinya sebagai berikut:

1) Persalinan spontan

Yaitu apabila seluruh persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri tanpa bantuan tenaga dari luar.

2) Persalinan buatan

Yaitu apabila persalinan berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar.

3) Persalinan anjuran

Yaitu apabila kekuatan yang diperlukan untuk bersalin berasal dari luar dengan jalan pemberian rangsangan

(Rohani dkk 2011: 5).

b. Jenis persalinan berdasarkan umur kehamilan dan berat badan bayi yang dilahirkan, dikenal beberapa istilah, yaitu:

1) Abortus



Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 20 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 g.

2) Partus imaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 20 sampai 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 g sampai 1000 g.

3) Partus prematurus

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 sampai 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 g sampai 2500 g.

4) Partus matures atau aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 sampai 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 g atau lebih.

5) Partus postmaturus atau partus serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah kehamilan 42 minggu (Wirakusumah, 2010: 127).

#### **4. Sebab-sebab persalinan**

Menurut Sulistyawati dkk (2010: 12) penyebab mulainya proses persalinan belum diketahui pasti, yang ada hanya berupa teori-teori kompleks yang antara lain karena faktor-faktor hormone, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi.

Teori-teori yang ada sebagai berikut:

a. Teori penurunan hormone

Pada saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesterone.

Progesterone berfungsi sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesterone menurun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan his (Sulistyawati dkk, 2010: 12).

b. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi sebab permulaan persalinan karena menyebabkan kontraksi pada miometrium pada setiap umur kehamilan (Kuswanti dkk, 2017: 3).

c. Teori pengaruh janin

Hipofesi dan kadar suprarenal janin rupanya memegang peran penting oleh karena itu pada anchepalus kelahiran sering lebih lama (Purwoastuti dkk, 2015: 44).

d. Teori peregangan otot

Dengan majunya kehamilan, maka makin tereganglah otot-otot rahim sehingga timbullah kontraksi untuk mengeluarkan janin (Purwoastuti dkk, 2015: 44).

e. Teori oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim (Kuswanti dkk, 2017: 4).

f. Teori plasenta menjadi tua

Akibat plasenta tua menyebabkan turunnya kadar progesterone yang mengakibatkan ketegangan pada pembuluh darah, hal ini menimbulkan kontraksi rahim (Kuswanti dkk, 2017: 3).

### **5. Tanda-tanda permulaan persalinan**

Menurut Kuswanti dkk (2017: 9) sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki bulannya atau minggunya atau harinya yang disebut kala pendahuluan (preparation stage of labour). Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Lightening atau setting atau dari opening yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravidarum. Pada multipara tidak begitu kentara.
- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c. Perasaan sering atau susah kencing (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- d. Perasaan sakit di perut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut dengan false labor pains.
- e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, bisa bercampur darah (bloody show).

### **6. Tanda persalinan**

Menurut Purwoastuti dkk (2015: 13) tanda-tanda persalinan dibagi menjadi tiga kategori, yaitu tanda kemungkinan persalinan, tanda

awal persalinan, dan tanda positif persalinan. Ibu hamil bisa saja mengalami semua tanda persalinan ini atau sebagian saja.

a. Tanda kemungkinan persalinan

- 1) Nyeri pinggang yang samar, ringan, mengganggu, dan dapat hilang-timbul.
- 2) Kram pada perut bagian bawah seperti saat menstruasi dan biasanya disertai dengan rasa tidak nyaman di paha.
- 3) Buang air beberapa kali dalam beberapa jam, dapat disertai dengan kram perut atau gangguan pencernaan.
- 4) Lonjakan energy yang mendadak menyebabkan ibu hamil melakukan banyak aktivitas dan keinginan untuk menuntaskan persiapan bagi bayi.

b. Tanda awal persalinan

- 1) Kontraksi cenderung mempunyai panjang, kekuatan, dan frekuensi yang sama. Kontraksi berlangsung singkat atau terus menerus selama beberapa jam sebelum berhenti atau mulai berkembang.
- 2) Aliran lendir yang bernoda darah dari vagina.
- 3) Rembesan cairan ketuban dari vagina karena robekan kecil pada membrane (ROM).

c. Tanda positif persalinan

- 1) Kontraksi menjadi lebih lama, lebih kuat, dan atau lebih dekat jaraknya bersama dengan berjalannya waktu, biasanya



disebut sakit atau sangat kuat dan terasa di daerah perut atau pinggang atau keduanya.

- 2) Aliran cairan ketuban yang deras dari vagina.
- 3) Leher rahim membuka sebagai respons terhadap kontraksi yang berkembang.

## **7. Faktor yang mempengaruhi persalinan**

### **a. Power (kekuatan)**

Menurut Jenny J.S (2013: 4) faktor power atau kekuatan dalam proses persalinan dibagi menjadi dua:

#### **1) Kekuatan primer (kontraksi involunter)**

Yaitu kontraksi yang berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang biasa digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer atau kontraksi involunter ini mengakibatkan serviks menjadi tipis (effacement) dan berdilatasi sehingga janin akan turun.

#### **2) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)**

Pada kontraksi atau kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi (janin) ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini akan menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam untuk mendorong keluar.

Kekuatan sekunder memengaruhi dilatasi serviks, akan tetapi setelah dilatasi serviks lengkap kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

Menurut Kuswanti dkk (2017: 11) kekuatan atau power yang mendorong janin saat persalinan adalah his. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Sifat-sifat his yang baik dan sempurna yaitu:

- 1) Kontraksi yang simetris
- 2) Fundus dominan yaitu kekuatan paling tinggi berada pada fundus uteri
- 3) Kekuatannya seperti gerakan meremas rahim
- 4) Setelah adanya kontraksi diikuti dengan relaksasi
- 5) Pada setiap his terjadi perubahan serviks seperti menipis dan membuka.

His memiliki pembagian dan sifat berdasarkan pembagiannya:

- 1) His pendahuluan yaitu his tidak kuat, tidak teratur, dan menyebabkan bloody show
- 2) His pembukaan

Dari mulai pembukaan sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm his mulai kuat, teratur dan terasa sakit dan nyeri.

3) His pengeluaran

His ini sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama. Terkoordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

4) His pelepasan uri (kala III) yaitu kontraksi sedang

5) His pengiring yang terjadi adalah kontraksi lemah, masih sedikit terasa nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa hari (Kuswanti dkk, 2013: 11).

b. Passenger (fetus)

- 1) Akhir minggu ke 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12
- 2) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
- 3) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- 4) Djj mulai terdengar minggu 18/10
- 5) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- 6) Berat rata-rata janin laki 3400 gr, perempuan 3150 gr
- 7) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama

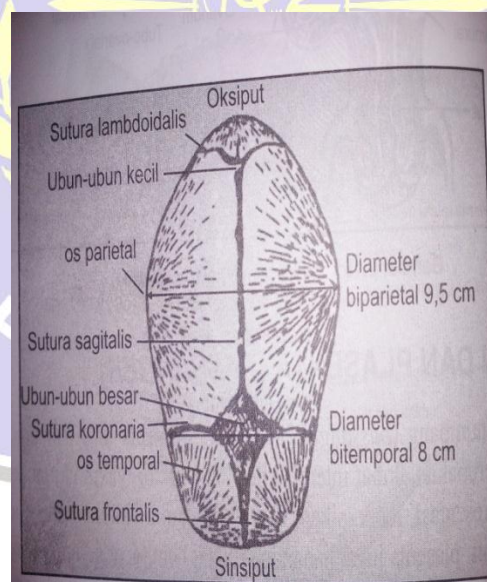
(Asri dkk, 2012: 8).

Cara penumpang (Passanger) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi letak, sikap, dan posisi janin. Karena melalui jalan lahir, plasenta juga dianggap sebagai

penumpang yang menyertai janin. Akan tetapi plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal (Jannah, 2014: 29).

a) Ukuran kepala janin

Karena ukuran dan sifatnya yang relative kaku, kepala janin sangat mempengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri atas dua tulang parietal, dua tulang temporal, satu tulang frontal, dan satu tulang oksipital. Tulang-tulang tersebut disatukan oleh sutura membranosa yang mencakup sutura sagitalis, lambdoidalis, koronaris, dan frontalis. Rongga yang berisi membrane ini disebut fontanel (Jannah, 2014: 30).



**Gambar 2.5**  
Ukuran kepala janin  
Sumber : (Jannah, 2014: 30)



b) Presentasi janin dan bagian yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:

- (a) Presentasi kepala (Verteks, muka, dahi)
- (b) Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete breech), letak lutut atau letak kaki (incomplete breech)
- (c) Presentasi bahu (letak lintang) (Asri dkk, 2012: 9).

c) Sikap janin

Sikap janin adalah hubungan diantara bagian tubuh janin.

Janin yang mempunyai postur yang khas atau sikap saat berada di dalam rahim. Hal itu sebagian disebabkan oleh pola pertumbuhan janin dan penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal punggung janin sangat fleksibel, kepala fleksi kea rah dada, dan paha fleksi kea rah sendi lutut. Sikap itu disebut fleksi umum. Tangan disilangkan ke depan toraks dan tali pusat terletak di antara lengan dan tungkai (Jannah, 2014: 34).

d) Posisi janin

Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur:

- (a) Sisi panggul ibu: kiri, kanan, dan melintang
- (b) Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula

(c) Bagian panggul ibu: depan, belakang (Asri dkk, 2012: 9).

c. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri atas bagian keras tulang-tulang panggul (rangka oanggul) dan bagian lunak (otot-otot), jaringan dan ligament-ligamen (Kuswanti dkk, 2017: 14).

1) Bagian keras panggul

a) Tulang pangkal paha (os koksae)

Tulang pangkal paha atau koksae terdiri atas tiga tulang yang berhubungan satu sama lain pada asetabulum yang berbentuk cawan untuk kepala tulang paha atau kaput femoris. Ketiga tulang tersebut adalah: tulang usus (os ileum), tulang duduk (os ishium), tulang kemaluan (os pubis).

b) Tulang kelangkang (os sacrum)

c) Tulang tungging (os koksigeus) (Jannah, 2014: 17-18).

2) Bagian lunak panggul/ otot

3) Ligament

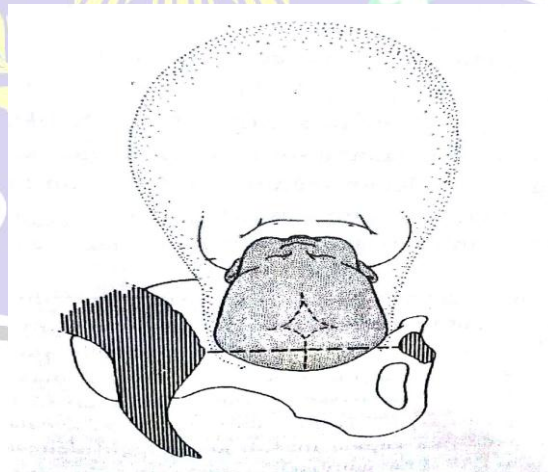
Bagian ligament terdiri atas ligamentum latum, ligamentum rotundum, ligamentum infundibulo pelvikum, ligamentum cardinal, ligamentum sakrouterina, dan ligamentum ovary proprium (Jannah, 2014: 20).

## 8. Mekanisme persalinan

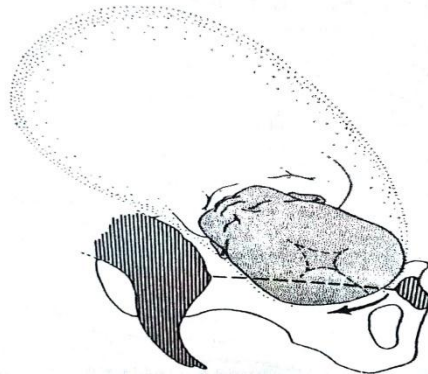
Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan:

### a. Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5) atau 70% pada panggul ginekoid. Masuknya kepala pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan dan pada multigravida terjadi pada permulaan persalinan. Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklitismus) atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior). Masuknya kepala ke dalam PAP dengan fleksi ringan, sutura sagitalis/SS melintang (Asri dkk, 2012: 14-15).



Gambar 2.6  
Synclitismus pada PAP  
Sumber: (Sulistyawati dkk, 2010: 107).



Gambar 2.7  
Asynclitismus posterior  
Sumber: (Sulistyawati, 2010: 108).

b. Penurunan (descent)

- 1) Dimulai sebelum onset persalinan atau inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya.
- 2) Kekuatan yang mendukung menurut Cunningham dalam buku obstetric William (1995) dan ilmu kebidanan Varney (2002) yaitu:
  - a) Tekanan cairan amnion
  - b) Tekanan langsung fundus pada bokong janin
  - c) Kontraksi otot abdomen
  - d) Ekstraksi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang (Kuswanti dkk, 2017: 88).

c. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi fleksi ringan. Seiring kepala yang maju, biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan tersebut, dagu dibawa lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Hal tersebut



disebabkan oleh tahanan dinding serviks, dinding pelvis, dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboksipitobregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboksipito frontalis (11 cm). sampai di dasar panggul, kepala janin biasanya berada dalam keadaan fleksi maksimal. Beberapa teori mengungkapkan bahwa fleksi terjadi karena anak didorong maju, sedangkan pada saat yang bersamaan, serviks, dinding panggul atau dasar panggul menahan laju tersebut sehingga terjadi fleksi (Jannah, 2014: 104).

d. Internal rotation

Internal rotation (putaran paksi dalam) selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan ( ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietal. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan oleh adanya his selaku tenaga/gaya pemutar, ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi. Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis

- 1) Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir

- 2) Terjadi dengan sendirinya selalu bersamaan dengan majunya kepala
- 3) Tidak terjadi sebelum sampai hodge III
- 4) Sebab-sebab putaran paksi dalam:
  - a) Pada letak fleksi bagian belakang kepala merupakan bagian terendah
  - b) Bagian terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis)
  - c) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul diameter anteroposterior (Asri dkk, 2012: 17).

e. Ekstensi

Setelah kepala janin sampai di dasar panggul dan UUK berada dibawah simfisis, terjadi ekstensi dari kepala janin. Hal tersebut disebabkan oleh sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Kalau kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis dapat menjadi pusat pemutaran (hipomoklion), sehingga lahir berturut-turut pada pinggir atas perineum, yaitu ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi (Jannah, 2014: 104).



Gambar 2.8  
Gerakan kepala janin pada defleksi  
Sumber: (jannah, 2014: 105)

f. Eksternal rotation (putaran paksi luar)

Terjadinya gerakan rotasi luar atau putar paksi luar dipengaruhi oleh faktor-faktor panggul, sama seperti pada rotasi dalam. Rotasi luar merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber isciadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Putar paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, di mana satu bahu di anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior di belakang perineum. Sutura sagitalis kembali melintang (Kuswanti dkk, 2017: 90).



Gambar 2.9  
Putaran paksi luar

Sumber: (Sulistyawati dkk, 2010: 113).

g. Ekspulsi

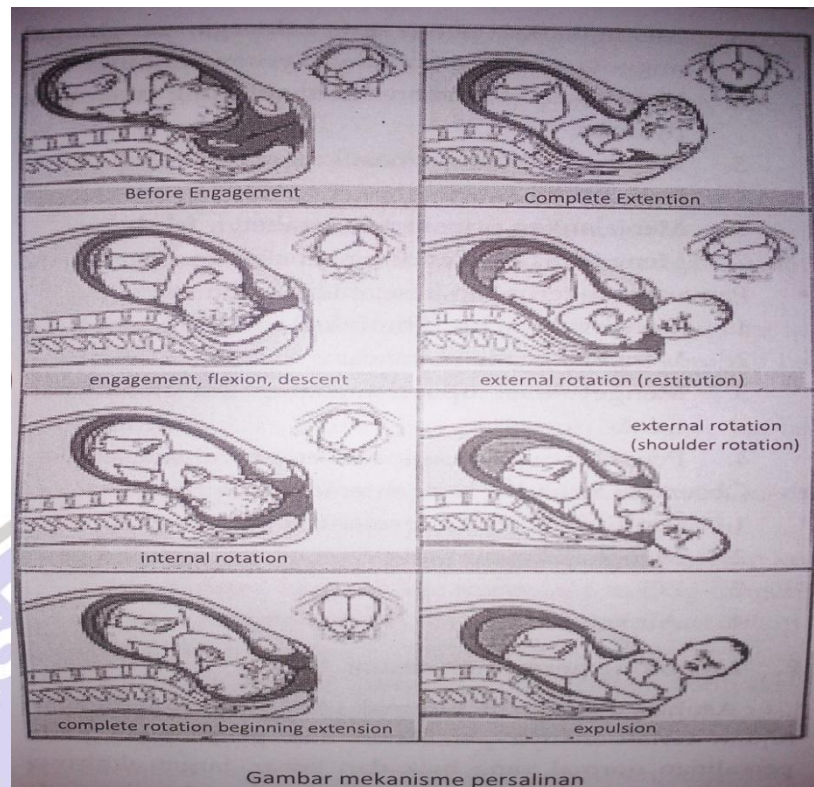
Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang, kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran sampai bahu depan, bahu belakang dan badan seluruhnya (Kuswanti dkk, 2017: 90).



Gambar 2.10  
Kelahiran bahu

Sumber: (Sulistyawati dkk, 2010: 113).





Gambar 2.11  
Mekanisme persalinan normal  
Sumber: (Kuswanti dkk, 2017: 91).

## 9. Tahapan persalinan

### a. Kala I (pembukaan)

Pada kala pembukaan, his belum begitu kuat, datang nya setiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu, sehingga ibu seringkali masih dapat berjalan. Lambat laun his bertambah kuat, interval menjadi lebih pendek, kontraksi juga menjadi lebih kuat dan lebih lama. Lendir berdarah bertambah banyak. Lamanya kala 1 untuk primigravida adalah 12 jam dan untuk multigravida 8 jam. Untuk mengetahui apakah persalinan dalam kala 1 maju sebagaimana mestinya, sebagai pegangan

kita ambil : kemajuan pembukaan 1 cm per jam bagi primigravida, dan 2 cm per jam bagi multigravida, walaupun ketentuan ini sebetulnya kurang tepat seperti yang akan diuraikan nanti (Wirakusumah, 2010: 153).

Menurut Kumalasari (2015: 24) kala I persalinan terdiri atas dua fase yaitu:

1) Fase laten

Dimulai sejak awal berkontraksi uterus yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks hingga 3 cm, pada umumnya fase laten berlangsung dalam 7-8 jam.

2) Fase aktif

Menurut Jenny J.S (2013: 5) fase aktif berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering. sedangkan menurut Kumalasari (2015: 20) fase aktif berlangsung selama enam jam dan dibagi atas tiga subfase yaitu:

- a) Periode akselerasi: berlangsung selama dua jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- b) Periode dilatasi maksimal (steady): berlangsung selama dua jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- c) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu dua jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Tabel 2.6  
Diagnose kala dan fase persalinan

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

Sumber: Sulistyawati, 2009: 198.

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Pada kala pengeluaran janin his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflekstoris menimbulkan rasa mencejan. Ibu merasa seperti ingin buang air besar karena tekanan pada rectum dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin



mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum menegang. Dengan his mengejan yang terpimpin maka akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung  $1\frac{1}{2}$  – 2 jam, pada multigravida  $\frac{1}{2}$  -1 jam (Kumalasari, 2015: 26).

Tabel 2.7  
Lamanya persalinan bagi primigravida dan multigravida

Kala-kala	Primigravida	Multigravida
Kala I	12 jam 30 menit	7 jam 20 menit
Kala II	80 menit	30 menit
Kala III	10 menit	10 menit
Persalinan	14 jam	8 jam

Sumber: (Wirakusumah, 2010: 156).

c. Kala III (kala pengeluaran uri)

Persalinan kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung selama 15-30 menit. Kala III terdiri atas dua fase yaitu fase pelepasan uri dan fase pengeluaran uri. Oleh karena usaha-usaha untuk mengeluarkan plasenta sebelum terlepas akan sia-sia saja dan mungkin berbahaya, yang paling penting adalah mengenali tanda-tanda pelepasan plasenta.

a) Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu:

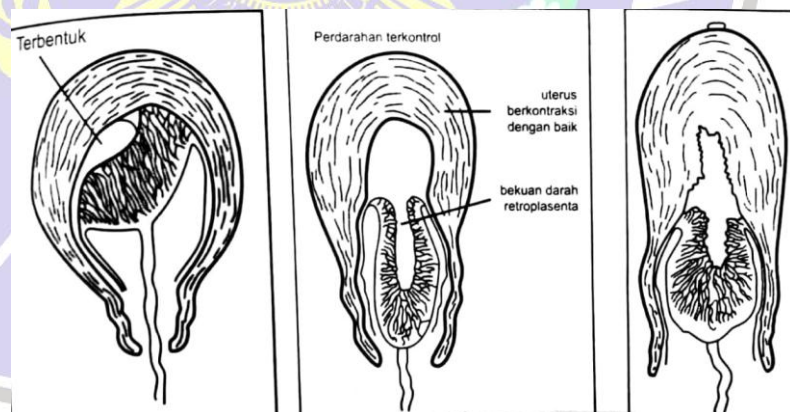
- 1) Fundus yang berkontraksi kuat.
- 2) Perubahan bentuk uterus dari bentuk cakram menjadi bentuk oval bulat, sewaktu plasenta bergerak ke arah segmen bagian bawah.
- 3) Adanya semburan darah dengan tiba-tiba.



- 4) Tali pusat bertambah panjang dengan majunya plasenta mendekati introitus. Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam lima menit (Kumalasari, 2015: 27).

b) Mekanisme pelepasan plasenta

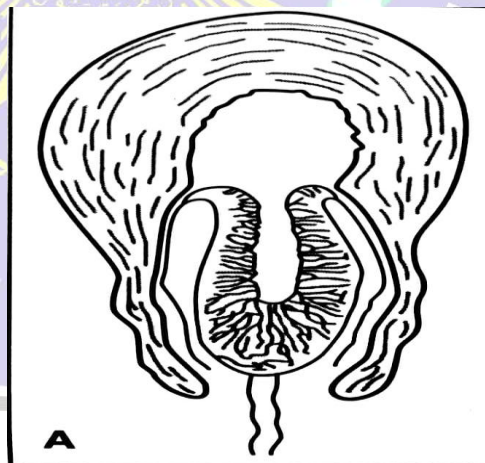
Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak berada di dalam uterus, kontraksi uterus akan terus berlangsung dan ukuran rongga nya akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran situs penyambungan plasenta. Oleh karena itu situs sambungan tersebut menjadi lebih kecil, plasenta menjadi lebih tebal dan mengkerut serta memisahkan diri dari dinding uterus (Sulistyawati dkk, 2010: 157).



Gambar 2.12  
Pelepasan plasenta  
Sumber: Jannah, 2014: 143).

- c) Metode pelepasan plasenta
- 1) Metode schultze

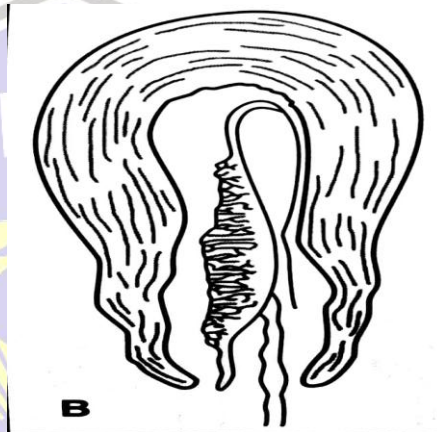
Metode yang lebih umum terjadi adalah plasenta terlepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti di belakang seperti payung terbalik saat terkelupas dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik. Kontraksi dan retraksi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan. Hal tersebut mungkin terjadi karena terdapat serat otot oblik di bagian atas segmen uterus (Jannah, 2014: 144).



Gambar 2.13  
Metode schultze  
Sumber: (Jannah, 2014: 144).

## 2) Metode Matthews Duncan

Plasenta lepas mulai dari bagian pinggir (marginal) disertai dengan adanya tanda darah yang keluar dari vagina apabila plasenta mulai terlepas (Sulistyawati, 2010: 157).



Gambar 2.14  
Metode duncan  
Sumber: (Jannah, 2014: 144).

### d) Manajemen aktif kala III

#### 1) Pemberian oksitosin

Sebelum memberikan oksitosin, bidan harus melakukan pengkajian dengan melakukan palpasi pada abdomen untuk meyakinkan hanya ada bayi tunggal, tidak ada bayi kedua. Pemberian oksitosin 10 IU secara IM (pada sepertiga bagian paha luar) dapat diberikan 1 menit setelah bayi lahir. Bila 15 menit plasenta belum lahir, maka berikan oksitosin kedua, evaluasi kandung kemih apakah penuh. Bila penuh lakukan kateterisasi. Bila 30

menit belum lahir, maka berikan oksitosin ketiga sebanyak 10 mg dan rujuk pasien (Kuswanti dkk, 2017: 123).

2) Penegangan tali pusat terkendali

Tempatkan klem pada ujung tali pusat  $\pm 5$  cm dari vulva, lalu pegang tali pusat dari jarak dekat untuk mencegah avulse tali pusat. Saat terjadi kontraksi yang kuat, plasenta dilahirkan dengan penegangan tali pusat terkendali, kemudian tangan pada dinding abdomen menekan korpus uteri ke bawah dan atas (dorso cranial) korpus. Lahirkan plasenta dengan penegangan yang lembut dan keluarkan plasenta dengan gerakan ke bawah dan ke atas mengikuti jalan lahir. Ketika plasenta muncul dan keluar dari dalam vulva, kedua tangan dapat memegang plasenta searah jarum jam untuk mengeluarkan selaput plasenta (Jannah, 2014: 147).

3) Massase fundus uteri

Segera setelah plasenta dan membrane lahir, dengan penahanan yang kokoh lakukan massase fundus uteri dengan gerakan melingkar hingga fundus menjadi kencang (keras). Sementara tangan kiri melakukan massase uterus, periksalah plasenta dengan tangan



kanan untuk memastikan kotiledon dan membrane sudah lengkap (Sulistyawati dkk, 2010: 163).

#### 4) Pemeriksaan plasenta

Pemeriksaan plasenta meliputi:

##### (a) Selaput ketuban utuh atau tidak

Setelah plasenta lahir, periksa kelengkapan selaput ketuban untuk memastikan tidak ada bagian yang tertinggal di dalam uterus. Caranya dengan meletakkan plasenta di atas bagian yang datar dan pertemuan setiap tepi selaput ketuban sambil mengamati apakah ada tanda-tanda robekan dari tepi selaput ketuban (Kuswanti dkk, 2017: 125).

(b) Plasenta (ukuran plasenta) terdiri atas: Bagian maternal, jumlah kotiledon, ketuhan pinggir kotiledon dan bagian fetal utuh atau tidak (Jannah, 2014: 149).

(c) Tali pusat, meliputi: jumlah arteri dan vena, adakah arteri atau vena yang terputus untuk mendeteksi plasenta suksenturia, dan insersi tali pusat apakah sentral, marginal panjang tali pusat (Jannah, 2014: 149).

##### e) Pemantauan kala III

###### 1) Perdarahan

Jumlah darah diukur disertai dengan bekuan darah atau tidak (Kuswanti dkk, 2017: 126).

2) Kontraksi uterus

Pemantauan kontraksi pada kala III dilakukan selama melakukan manajemen aktif kala III (ketika PTT), sampai dengan sesaat setelah plasenta lahir. Pemantauan kontraksi dilanjutkan selama satu jam berikutnya dalam kala IV (Sulistyawati dkk, 2010: 165).

3) Robekan jalan lahir/lacerasi, rupture perineum

Selama melakukan PTT ketika tidak ada kontraksi, bidan melakukan pengkajian terhadap robekan jalan lahir dan perineum. Pengkajian ini dilakukan seawal mungkin sehingga bidan dapat segera menentukan derajat robekan dan teknik jahitan yang tepat yang akan digunakan sesuai kondisi pasien. Bidan memastikan apakah jumlah darah yang keluar adalah akibat robekan jalan lahir atau karena pelepasan plasenta (Sulistyawati dkk, 2010: 165).

4) Tanda-tanda vital, termasuk:

- a) Tekanan darah bertambah tinggi dari sebelum persalinan.
- b) Nadi bertambah cepat
- c) Temperatur bertambah tinggi.
- d) Respirasi berangsur normal

e) Gastrointestinal normal, pada awal persalinan mungkin muntah (Jannah, 2014: 149).

5) Personal hygiene

Menjaga kebersihan tubuh pasien terutama di daerah genitalia sangat penting dilakukan untuk mengurangi kemungkinan kontaminasi terhadap luka robekan jalan lahir dan kemungkinan infeksi intrauterus. Pada kala III ini kondisi pasien sangat kotor akibat pengeluaran air ketuban, darah, atau feses saat proses kelahiran janin. Setelah plasenta lahir lengkap dan dipastikan tidak ada perdarahan, segera keringkan bagian bawah pasien dari air ketuban dan darah. Pasang pengalas bokong yang sekaligus berfungsi sebagai penampung darah (under pad). Jika memang dipertimbangkan perlu untuk menampung darah yang keluar untuk kepentingan penghitungan volume darah, maka pasang bengkok di bawah bokong pasien (Kuswanti dkk, 2017: 127).

f) Kebutuhan ibu bersalin pada kala III

- 1) Dukungan mental dari bidan dan keluarga atau pendamping.
- 2) Penghargaan terhadap proses kelahiran janin yang telah dilalui.

- 3) Informasi yang jelas mengenai keadaan pasien sekarang dan tindakan apa yang akan dilakukan.
- 4) Penjelasan mengenai apa yang harus ia lakukan untuk membantu mempercepat kelahiran plasenta, yaitu kapan saat meneran dan posisi apa yang mendukung untuk pelepasan dan kelahiran plasenta.
- 5) Bebas dari rasa risih akibat bagian bawah yang basah oleh darah dan air ketuban.
- 6) Hidarisasi (Sulistiyawati dkk, 2010: 165).

d. Kala IV

Kala IV persalinan adalah dimulai dari lahirnya plasenta sampai dua jam pertama postpartum.

Asuhan pemantauan pada kala IV

- a) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
- b) Memeriksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit selama jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, masase uterus sampai menjadi keras.
- c) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih dan perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
- d) Mengajarkan pada ibu untuk memijat uterus jika uterus menjadi lembek (Rohani, 2011: 44).



## 10. Kebutuhan dasar selama persalinan

Untuk dapat membantu pasien secara terus-menerus selama proses persalinan, bidan harus dapat memperlihatkan perasaan berada terus dekat dengan pasien.

### a. Asuhan tubuh dan fisik

#### a) Menjaga kebersihan diri

Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya agar tetap bersih dan kering. Hal ini dapat menimbulkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi, karena dengan adanya kombinasi antara bloody show, keringat, cairan amnion, larutan untuk pemeriksaan vagina dan juga feses dapat membuat ibu bersalin merasa tidak nyaman (Kuswanti, 2017: 30).

#### b) Berendam

Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan. Bak disiapkan harus cukup dalam manampung air sehingga ketinggian air dapat menutupi abdomen ibu bersalin. Hal ini merupakan bentuk hidroterapi dan dampak pada rasa gembira pada ibu. Selain itu, rasa tidak nyaman dapat mereda dan kontraksi dapat dihasilkan selama ibu berendam (Jannah, 2014: 40).

c) Perawatan mulut

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya napasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dalam persalinan beberapa jam tanpa cairan oral dan tanpa perawatan mulut. Perawatan yang dapat diberikan adalah:

- 1) menggosok gigi
- 2) mencuci mulut
- 3) pemberian gliserin
- 4) pemberian permen (Kuswanti dkk, 2017: 30).

d) Pengisapan

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya banyak mengandung keringat, bahkan pada ruang persalinan dengan kontrol suhu terbaik pun, mereka mengeluh berkeringat pada saat tertentu. Apabila tempat persalinan tidak menyediakan pendingin ruangan, hal ini dapat menimbulkan rasa tidak nyaman dan sangat menyengsarakan ibu bersalin. Oleh karena itu, gunakan kipas atau dapat juga bila tidak ada kipas, kertas atau lap dapat digunakan sebagai pengganti kipas (Jannah, 2014: 41).

b. Makan dan minum per oral

Beberapa waktu yang lalu pemberian makanan padat pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan

anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni (tersedak dan masuk ke dalam saluran persapasan). Alasan ini cukup logis karena pada proses persalinan, motilitas lambung, absorpsi lambung, dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalorinya tetap akan terpenuhi (Sulistiyawati dkk, 2010: 41).

c. Kehadiran pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi. Kebanyakan ibu bersalin sulit mengemukakan pertanyaan secara langsung pada penolong persalinan pada saat bersalin. Kehadiran seorang pendamping memungkinkan ibu bersalin untuk memiliki rasa percaya diri lebih besar untuk bertanya secara berlanngung atau melalui pendamping tersebut.

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga atau seorang pilihan ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Anjurkan ibu untuk ditemani suami, anggota keluarga atau teman yang diinginkan selama proses

persalinan, menganjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung ibu dan mengidentifikasi langkah-langkah yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Dukungan yang dapat dilakukan pendamping adalah:

- 1) mengusap keringat.
- 2) Menemani/membimbing ibu jalan-jalan
- 3) Memberikan minuman
- 4) Mengubah posisi
- 5) Memijat punggung kaki atau kepala ibu dan melakukan tindakan yang bermanfaat lainnya.
- 6) Menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa nyaman
- 7) Membantu ibu bernafas pada saat kontraksi
- 8) Mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memberikan pujian kepada ibu (Kuswanti dkk, 2017: 31).

d. Pengurangan rasa nyeri

Tindakan pendukung yang dapat diberikan untuk mengurangi rasa nyeri adalah:

- 1) Relaksasi dan latihan pernapasan

Terdapat 3 latihan relaksasi yang meliputi:

- a) relaksasi progresif, dengan cara mengeraskan sekelompok otot (tangan, Lengan, kaki, muka) dengan sengaja sekeras mungkin, kemudian relaks selembut mungkin.



b) Relaksasi terkontrol, dengan cara mengeraskan sekelompok otot dan sekelompok otot lain relaks pada bagian sisi yang berlawanan, seperti lengan kiri dikuatkan, lengan kanan relaks.

c) Bernapas dalam, yaitu relaks sewaktu his dengan meminta ibu untuk menarik napas panjang, menahan napas sebentar, kemudian melepaskan dengan cara meniupkannya. Akan tetapi, cara tersebut tidak lagi dianjurkan. Saat ini, ibu dianjurkan untuk bernapas seperti biasa dan meneran pada saat ibu merasakan dorongan (Jannah, 2014: 47).

## 2) Pengaturan posisi

Pasien sangat membutuhkan pengaturan posisi yang dirasakan nyaman dan berganti-ganti, baik diatas tempat tidur maupun di bawah tempat tidur misalnya berjalan, jongkok, duduk di kursi atau bersandar pada dinding. Jika pasien lebih memilih di tempat tidur, mutlak untuk disediakan bantal di bawah kepalanya, kadang tidak cukup hanya satu bantal. Jika tidak ada bantal tambahan, dapat diakali dengan memasukkan dua kain atau selimut yang dilipat menyerupai bantal dan dimasukkan de dalam sarung bantal, hasilnya sangat efektif (Sulistyawati dkk, 2010: 54).

## 3) Pengosongan kandung kemih

Sarankan ibu untuk sesering mungkin berkemih. Kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan nyeri pada bagian abdominal dan menyebabkan bagian terendah dari janin sulit turun (Jannah, 2014: 47).

4) Usapan punggung atau abdomen

Ada 2 jenis usapan punggung pada pasien yang akan menjalani proses persalinan, yakni usapan menyeluruh pada punggung pasien dan usapan yang terlokalisir di titik tertentu. Teknik usapan yang kedua ini berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri punggung bawah pasien akibat proses penurunan kepala. Dilakukan dengan cara, tangan pendamping berada di titik nyeri maksimal dan melakukan penekanan selama kontraksi. Lokasi titik tekan ini berubah-ubah seiring dengan proses penurunan kepala. Upayakan pasien untuk dapat menunjukkan lokasi ini dengan tepat sehingga proses penekanan dapat efektif. Kaji juga mengenai besaran tekanan yang diberikan, apakah terlalu ringan atau terlalu kuat dengan bertanya kepada pasien.

Teknik usapan pada abdomen adalah melakukan usapan dengan arah melingkar dari atas kebawah. Fisiologis dari uapaya ini adalah:

- a) Usapan perut dapat meningkatkan kenyamanan.
- b) Merupakan ekspresi kepedulian terhadap pasien.

c) Meningkatkan sirkulasi ke area perut sehingga pembuluh darah disekitar perut mengalami dilatasi, proses ini dapat mengurangi nyeri (Sulisyawati dkk, 2010:58).

5) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman.

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya sehingga ia mampu mengambil keputusan dan ibu juga perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal. Kita hendaknya menyadari bahwa kata-kata mempunyai pengaruh yang sangat kuat, baik positif pada tubuhnya, seperti:

a) Penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan.

Wanita yang telah siap mempunyai anak biasanya mengetahui proses-proses persalinan dan merasa ingin diinformasikan mengenai perkembangannya, sedangkan pada ibu yang belum siap biasanya mereka ingin mengetahui apa saja yang sedang terjadi dalam tubuhnya.

b) Penjelasan semua hasil pemeriksaan. Penjelasan mengenai hasil pemeriksaan akan mengurangi

kebingungan pada ibu. Ingat bahwa setiap tindakan yang akan kita lakukan harus memperoleh persetujuan.

c) Pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut.

d) Penjelasan tentang prosedur dan adanya pembatasan, hal ini memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif. Ibu bersalin harus menyadari bahwa prosedur dan keterbatasan prosedur merupakan salah satu hal yang ibu perlukan dan yang akan membantunya (Kuswanti dkk, 2017: 45).

### **11. Lima benang merah dalam persalinan**

Lima benang merah dalam kebidanan meliputi:

a. Membuat keputusan klinik

membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan (JNPK-KR, 2008: 6).

b. Asuhan sayang ibu dan bayi

Asuhan sayang ibu dan bayi dapat diberikan oleh bidan adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri bagaimana bila hal tersebut atau masalah tersebut terjadi pada saya sendiri atau terjadi pada keluarga saya.

Hak-hak klien pada asuhan sayang ibu dan bayi pada persalinan:

- 1) Memberikan pelayanan kepada ibu dengan ramah dan penuh perhatian



- 2) Memberikan semangat dan dukungan kepada ibu
- 3) Meminta keluarga mendampingi ibu selama proses persalinan
- 4) Memberi kesempatan bagi ibu untuk memilih posisi meneran sesuai yang diinginkan
- 5) Memberi asupan nutrisi yang cukup bagi ibu, seperti makan dan minum di setiap proses persalinan
- 6) Melakukan rawat gabung ibu dan bayinya
- 7) Membimbing ibu untuk memeluk bayinya dan sesegera mungkin memberikan Air Susu Ibu (ASI), diupayakan pemberiannya dilakukan kurang dari 1 jam atau biasa disebut Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
- 8) Memantau kondisi ibu dan bayi setelah melahirkan
- 9) Memberikan asupan nutrisi setelah melahirkan
- 10) Menganjurkan ibu untuk beristirahat setelah melahirkan
- 11) Mengajarkan ibu dan keluarga atau suami mengenali tanda dan gejala bahaya yang mungkin terjadi
- 12) Mengajarkan ibu, keluarga, dan suami cara untuk mencari pertolongan disaat terjadi hal yang berbahaya (Jenny Sondakh, 2013: 9).

c. Pencegahan infeksi

- 1) Definisi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh atau benda asing (misalnya meja periksa) harus segera di dekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh.

Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.

Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, benda parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrument.

## 2) Prinsip-prinsip pencegahan infeksi

PI efektif di dasarkan pada prinsip-prinsip berikut:

- a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanda gejala).
- b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.
- c) Permukaan benda disekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau

darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah di gunakan harus di proses secara benar.

d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan dan benda asing lainnta telah diproses dengan benar maka semua itu haris dianggap masih terkontaminasi.

e) Risiko infeksi tidak bisa di hilangkan ecara total, tapi dapat di kurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten.

### 3) Tindakan-tindakan pencegahan infeksi

#### a) Cuci tangan

Adalah prosedur paling penting dari pencegahan penyebaran infeksi yang menyebabkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

b) Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya. Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah (kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya).

c) Menggunakan teknik asepsis atau aseptic.

Teknik aseptic membuat prosedur menjadi lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir, dan penolong persalinan.

Teknik aseptic meliputi aspek:

(1) Penggunaan perlengkapan perlindungan pribadi

- (2) Antisepsis
  - (3) Menjaga tingkat sterilisasi atau DTT.
- d) Memakai alat bekas pakai.

Tiga proses pokok yang direkomendasikan untuk proses peralatan dan benda-benda lain dalam upaya pencegahan infeksi adalah:

- (1) Dekontaminasi
  - (2) Cuci dan bilas
  - (3) Disinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi
- e) Menangani peralatan tajam dengan aman.

Luka termasuk benda tajam (misalnya, jarum) merupakan salah satu alur utama infeksi HIV dan Hepatitis B diantara para penolong persalinan. Oleh karena itu, perhatikan pedoman berikut:

- (1) Letakkan benda-benda tajam diatas baki steril atau disinfeksi tingkat tinggi atau dengan menggunakan daerah aman yang sudah di tentukan (daerah khusus untuk meletakkan dan mengambil peralatan tajam).
- (2) Hati-hati saat melakukan penjahitan agar terhindar dari luka tusuk secara tak sengaja.
- (3) Gunakan pemegang jarum dan pinset pada saat menjahit. Jangan pernah meraba ujung atau memegang jarum jahit dengan tangan.



(4) Jangan menutup kembali, melengkungkan, mematahkan atau melepaskan jarum yang akan dibuang.

(5) Buang benda-benda tajam dalam wadah tahan bocor dan seger dengan perekat jika sudah dua pertiga jam penuh. Jangan memindahkan benda-benda tajam yang sudah di segel tadi harus dibakar di dalam incinerator.

(6) Jika benda-benda tajam tidak bisa tidak dibuang secara aman dengan cara inseerasi, bilas tiga kali dengan larutan klorin 0,5% (dekontaminasi), tutup kembali menggunakan teknik satu tangan dan kemudian kuburkan.

f) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan (termasuk pengelolaan sampah secara benar).

Pembersihan yang teratur dan seksama akan mengurangi mikroorganisme yang ada pada bagian permukaan benda-benda tertentu dan menolong mencegah infeksi dan kecelakaan (Winkjosastro dkk, 2008:33).

d. Pencacatan (dokumentasi)

Hal-hal yang perlu diingat oleh seorang bidan mengenai dokumentasi adalah:

- 1) Catat semua data: hasil pengumpulan data, pemeriksaan, diagnose, obat
- 2) Jika tidak dicatat, dapat dianggap bahwa asuhan tersebut tidak dilakukan
- 3) Pastikan setiap partograf telah diisi dengan lengkap, benar, dan tepat waktu, serta sebelum persalinan dan sesudah persalinan berlangsung.

Bentuk dokumentasi dapat berupa SOAP atau menggunakan manajemen asuhan kebidanan dengan yang lain. Akan tetapi, pada persalinan, dokumentasi yang digunakan adalah partograf (Jenny J.S. Sondakh, 2013: 10).

e. Rujukan

Pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal, jelaskan bahwa penolong akan selalu berupaya dan meminta kerjasama yang baik dari suami atau keluarga ibu untuk mendapatkan pelayanan terbaik dan bermanfaat bagi kesehatan ibu dan bayinya, termasuk kemungkinan perlunya upaya rujukan. Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan saying ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2008: 35).

Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi antara lain: B (Bidan), A (Alat), K (Keluarga), S (Surat), O

(Obat), K (Kendaraan), U (Uang), DA (Darah) (JNPK-KR, 2008: 37).

## 12. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2008: 57).

Pengisian partograf antara lain:

- a. Denyut jantung janin: catat setiap 1 jam.
- b. Air ketuban : catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina, yaitu:
  - 1) U : selaput utuh
  - 2) J : selaput pecah, air ketuban jernih
  - 3) M : air ketuban bercampur mekonium
  - 4) D : air ketuban bernoda darah
  - 5) K : tidak ada cairan ketuban/kering
- c. Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase):
  - 1) 0 : sutura terpisah
  - 2) 1 : sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian.
  - 3) 2 : sutura tumpang tindih dapat diperbaiki.
  - 4) 3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.
- d. Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x).

- e. Penurunan : mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) diatas simfisis pubis, catat dengan tanda lingkaran (0) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.
- f. Waktu : menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
- g. Jam : catat jam sesungguhnya.
- h. Kontraksi : catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik:
- 1) Kurang dari 20 detik
  - 2) Antara 20 dan 40 detik
  - 3) Lebih dari 40 detik
- i. Oksitosin : jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infuse dan dalam tetesan per menit.
- j. Obat yang diberikan catat semua obat yang diberikan
- k. Nadi : catat setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar.
- l. Tekanan darah : catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah
- m. Suhu badan : catatlah setiap 2 jam.



n. Protein, aseton, dan volume urine : ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih).

1) Kemajuan persalinan dalam kala 1

a) Kemajuan yang cukup baik pada persalinan kala I:

(1) Kontraksi teratur yang progresif dengan peningkatan frekuensi dan durasi.

(2) Kecepatan pembukaan serviks paling sedikit 1 cm per jam selama persalinan, fase aktif (dilatasi serviks berlangsung atau ada disebelah kiri garis waspada).

(3) Serviks tampak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

b) Kemajuan yang kurang baik pada persalinan kala I:

(1) Kontraksi yang tidak teratur dan tidak sering setelah fase laten.

(2) Atau kecepatan pembukaan serviks lebih lambat dari 1 cm per jam selama persalinan fase aktif (dilatasi serviks berada disebelah kanan garis waspada).

(3) Atau serviks tidak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

2) Kemajuan kondisi janin

a) Jika didapati denyut jantung janin tidak normal (kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut per menit), curiga adanya gawat janin.

- b) Posisi atau presentasi selain oksiput anterior dengan verteks fleksi sempurna digolongkan kedalam malposisi dan malpresentasi.
- c) Jika kemajuan yang berkurang baik atau adanya persalinan lama, segera tangani penyebab tersebut.

### 3) Kemajuan pada kondisi ibu

- a) Jika denyut jantung ibu meningkat, mungkin ia sedang dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan. Pastikan hidrasi yang cukup mulai oral atau IV dan berikan analgetisia secukupnya.
- b) Jika tekanan darah ibu menurun, curigai adanya perdarahan.
- c) Jika terdapat aseton didalam urine ibu, curigai masukkan nutrisi yang kurang, segera berikan dekstrose IV (Abdul, 2010: 75).

## 13. Komplikasi persalinan

### a. Persalinan lama

Fase laten lebih dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung selama 12 jam/lebih tanpa kelahiran bayi. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf. Persalinan lama disebabkan oleh beberapa faktor:

- 1) Kecemasan dan ketakutan

- 2) Pemberian analgetik yang kuat atau pemberian analgetik yang terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anestesi sebelum fase aktif
- 3) Abnormalitas pada tenaga ekspulsi
- 4) Abnormalitas pada panggul
- 5) Kelainan pada letak dan bentuk janin (Purwoastuti dkk, 2015: 47).

b. Partus presipitatus

Partus presipitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus presipitatus sering berkaitan dengan solusio plasenta (20%) aspirasi mekonium, perdarahan post partum, pengguna cocain, apgar score rendah. Komplikasi maternal jarang terjadi jika dilatasi serviks dapat berlangsung secara normal. Bila servik panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan servik dan jalan lahir yang luas, emboli air ketuban (jarang), atonia uteri dengan akibat HPP. Terjadi karena kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterine, trauma intracranial akibat tahanan jalan lahir (Purwoastuti dkk, 2015: 49).

c. Gawat janin

Bila DJJ  $<100$  atau  $>160$  kali per menit, lemah, tidak teratur, maka persalinan kala II perlu segera diakhiri dengan episiotomy

dan tindakan seperti vakum ekstraksi, forcep atau SC (Kuswanti, 2017: 101-102).

d. Distosia

Distosia atau persalinan sulit ditandai dengan proses persalinan yang berjalan lambat. Jika persalinan tidak berjalan dengan normal, janin atau bayi yang baru lahir akan mengalami masalah. Distosia merupakan akibat dari 4 gangguan atau kombinasi antara:

- 1) Kelainan tenaga persalinan. Kekuatan his yang tidak memadai atau tidak terkoordinasi dengan baik agar dapat terjadi dilatasi dan pendataran serviks (uterin disfunction) serta gangguan kontraksi otot pada kala II.
- 2) Kelainan presentasi posisi dan perkembangan janin
- 3) Kelainan pada tulang panggul (kesempitan panggul)
- 4) Kelainan jaringan lunak dari saluran reproduksi yang menghalangi desensus janin (Asri dkk, 2012: 116).

e. Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana miometrium tidak dapat berkontraksi dan bila ini terjadi maka darah yang keluar dari bekas tempat melekatnya plasenta menjadi tidak terkendali.

Atonia uteri adalah kegagalan kontraksi otot rahim, yang menyebabkan pembuluh darah pada bekas implantasi plasenta terbuka sehingga dapat menimbulkan perdarahan, umumnya



perdarahan karena atonia uteri terjadi dalam 24 jam pertama post partum.

Tanda dan gejala atona uteri adalah:

- 1) Uterus tidak berkontraksi
- 2) Uterus teraba lembek
- 3) Perdarahan segera setelah anak lahir
- 4) Terdapat tanda-tanda syok seperti nadi cepat dan lemah, tekanan darah yang rendah, pucat, keringat atau kulit terasa dingin dan lembab, pernapasan cepat, gelisah, bingung atau kehilangan kesadaran, urine yang sedikit (Kuswanti dkk, 2017: 130).

f. Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Hampir sebagian besar gangguan pelepasan plasenta disebabkan oleh gangguan kontraksi uterus.

Klasifikasi retensio plasenta:

- 1) Plasenta adhesifa adalah implantasi yang kuat dari jonjot korion plasenta sehingga menyebabkan kegagalan mekanisme separasi fisiologis
- 2) Plasenta akreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai sebagian lapisan miometrium

- 3) Plasenta inkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta hingga mencapai atau melewati lapisan miometrium
- 4) Plasenta perkreta adalah implantasi jonjot korion plasenta yang menembus lapisan miometrium hingga mencapai lapisan serosa dinding uterus.

Manifestasi klinik:

- 1) Perdarahan segar
- 2) Uterus nerkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang  
(Kuswanti dkk, 2017: 131).

g. Inversion uteri

Pada inversion uteri bagian atas uterus memasuki kavum uteri, sehingga fundus uteri sebelah dalam menonjol ke dalam kavum uteri. Peristiwa ini jarang sekali ditemukan, terjadi tiba-tiba dalam kala III/segera setelah plasenta keluar. Menurut perkembangannya, inversion uteri dapat dibagi dalam beberapa tingkat, yaitu:

- 1) Fundus uteri menonjol ke dalam kavum uteri, tetapi belum keluar dari ruang tersebut
- 2) Korpus uteri yang terbalik sudah masuk ke dalam vagina
- 3) Uterus dengan vagina, semuanya terbalik, untuk sebagian besar terletak dari luar vagina (Purwoastuti dkk, 2015: 59).

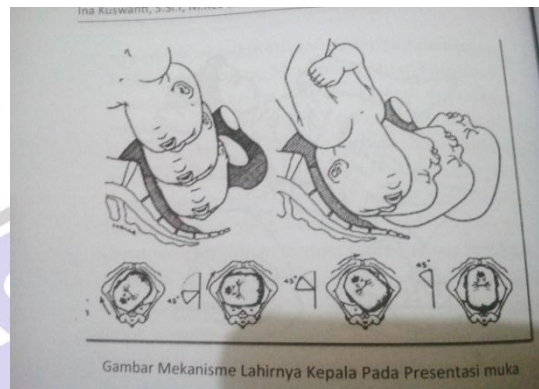
h. Emboli air ketuban

Emboli air ketuban adalah syok yang berat sewaktu persalinan selain oleh plasenta previa dapat disebabkan pula oleh emboli air ketuban. Emboli air ketuban merupakan salah satu penyebab syok disebabkan karena perdarahan. Masuknya air ketuban ke vena endosentrik/sinus yang terbuka di daerah tempat perlekatan plasenta. Gejala yang terjadi adalah:

- 1) Gelisah
  - 2) Mual muntah disertai takikardi dan dispnea
  - 3) Sianosis
  - 4) TD menurun
  - 5) Nadi cepat dan lemah
  - 6) Kesadaran menurun
  - 7) Nistasmus dan kadang timbul kejang tonik klonik
  - 8) Syok (Purwoastuti, 2015: 61).
- i. Letak muka

Letak kepala yang biasa (terbanyak) saat persalinan adalah letak ubun-ubun kecil. Jika letak kepalanya tidak normal maka disebut malposisi. Salah satunya adalah letak muka. Pada letak muka, kepala dan leher janin hiperekstensi (tengadah) sehingga menyebabkan ubun-ubun kecil bayi mendekati atau menyentuh punggung. Letak atau presentasi muka adalah letak kepala dengan ekstensi maksimal (hiperekstensi), sehingga occiput (ubun-ubun kecil) mengenai punggung dan muka terarah ke

bawah (penunjuknya adalah dagu atau mentum bayi). Janin dengan letak muka masih dapat dilahirkan melalui vagina apabila dagunya dianterior (Kuswanti dkk, 2017: 105).



Gambar 2.15  
Mekanisme lahirnya kepala pada presentasi muka  
Sumber: (Kuswanti dkk, 2017: 106).

j. Letak sungsang

letak sungsang adalah kehamilan dengan anak letak memanjang dengan bokong/kaki sebagai bagian terendah.

Klasifikasi:

1) Letak bokong (frank breech)

Letak bokong dengan kedua tungkai terangkat ke atas

2) Letak sungsang sempurna (complete breech)

Letak bokong dimana kedua kaki ada di samping bokong (letak bokong kaki sempurna atau lipat kejang)

3) Letak sungsang tidak sempurna (incomplete breech)

Letak sungsang dimana selain bokong bagian yang terendah juga kaki atau lutut, terdiri dari:



- a) Kedua kaki : letak kaki sempurna
- b) Satu kaki : letak kaki tidak sempurna
- c) Kedua lutut : letak lutut sempurna
- d) Satu lutut : letak lutut tidak sempurna

(Kuswanti dkk, 2017: 107).

#### k. Gemeli

Jumlah kembar, kembar tiga, dan kelahiran ganda lainnya telah meningkat selama dua decade terakhir. Selama kehamilan, jumlah janin bisa dipastikan dengan ultrasonografi. Membawa lebih dari satu janin terlampau meregangkan rahim, dan rahim yang terlampau meregang cenderung mulai kontraksi sebelum kehamilan mencapai jangka waktu penuh. Akibatnya, bayi biasanya dilahirkan secara premature dan kecil. Pada kasus yang sama, rahim yang terlampau meregang tidak dapat berkontraksi dengan baik setelah melahirkan, menyebabkan pendarahan pada wanita setelah melahirkan. Karena janin bisa jadi dalam berbagai posisi dan cara keluarnya, melahirkan secara normal bisa jadi rumit. Juga, kontraksi pada rahim setelah melahirkan pada bayi pertama bisa memotong plasenta pada sisa bayi. Akibatnya, bayi tersebut yang keluar setelah bayi pertama lebih mengalami masalah selama melahirkan dan setelahnya. Untuk alasan ini, dokter bisa memutuskan selanjutnya bagaimana untuk melahirkan bayi kembar: secara normal atau dengan

operasi sesar. Kadang kala, bayi kembar yang pertama dilahirkan secara normal, tetapi operasi sesar lebih aman untuk bayi kembar kedua. Untuk kembar tiga atau kelahiran ganda lainnya, dokter biasanya melakukan operasi sesar (Asri dkk, 2012: 126).

### 2.1.3 Konsep dasar masa nifas

#### 1. Pengertian masa nifas

- a. Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari (Dewi, 2014: 11).
- b. Nifas adalah perdarahan atau darah yang keluar dari dalam rahim seorang wanita selama atau setelah persalinan. Darah yang keluar dari rahim wanita setelah keguguran juga disebut dengan nifas (Endang dkk, 2015: 63).
- c. Masa nifas (puerperium) adalah masa yang di mulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistyawati, 2009: 1).
- d. Masa nifas (masa puerperium) adalah masa pulih kembali, di mulai dari persalinan selesai sampai pada alat-alat kandungan kembali seperti pada saat pra-hamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu (Ambarwati dkk, 2010: 1).

- e. Berdasarkan kutipan buku (Kumalasari, 2015: 155) bahwa menurut Saleha (2009) 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 enam minggu.

## 2. Tahapan masa nifas

Menurut Sulistyawati (2009: 45) masa nifas dibagi menjadi 3 tahapan, yaitu puerperium dini, puerperium intermedial, dan remote puerperium. Dengan penjelasan sebagai berikut:

### a. Puerperium dini

Puerperium dini yaitu merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam islam dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

### b. Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan secara menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

### c. Remote puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan ibu untuk pulih dan sehat sempurna, terutama pada ibu yang selama hamil atau pada waktu persalinan mempunyai

komplikasi. Waktu yang dibutuhkan untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan sampai tahunan.

### 3. Perubahan fisiologis masa nifas

#### a. Perubahan system reproduksi

##### 1) Involusi uterus

Menurut Manuaba (2012: 200), setelah bayi dilahirkan uterus selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan keras, sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Otot rahim terdiri dari 3 lapis otot yang membentuk anyaman sehingga pembuluh darah dapat tertutup sempurna, dengan demikian terhindar dari perdarahan postpartum.

Menurut Sulisyawati (2009: 74) involusi uterus terjadi melalui 3 proses yang bersamaan, antara lain:

##### a) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uteri. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali sebelum hamil. Sitoplasma sel yang berlebihan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan



fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan.

b) Atrofi jaringan

Jaringan yang berproliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi pada otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru.

c) Efek oksitosin (kontraksi)

Intense kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah masa lahir. Hal tersebut diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. Hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompres pembuluh darah, dan membantu proses hemeotatis. Kontraksi dan retraksi ototuteri akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total.

Tabel 2.8  
Perubahan uterus masa nifas

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

Sumber: (Kumalasari, 2015: 156).

## 2) Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas.

Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mempunyai reaksi basa atau alkalis yang dapat membuat orgasme berkembang lebihcepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Ambarwati dkk, 2010: 74).

Menurut Ambarwati dkk (2010: 78) Proses keluarnya darah nifas atau lochea ada 4 tahapan yaitu:

### a) Lochea Rubra / merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ke-4 masa nifas (postpartum). Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan dari sisa-sisa

plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

b) Lochea sanguinolenta

Lochea ini muncul dari hari ke 4 sampai hari ke 7 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah kecokelatan dan berlendir.

c) Lochea serosa

Lochea ini muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/lacerasi plasenta.

d) Lochea Alba/putih

Lochea ini muncul dan berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. Cairan yang keluar berwarna putih karena mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

3) Payudara (mammas)

Pada semua wanita yang telah melahirkan, proses laktasi akan terjadi secara alamiah. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu atau let down (Intan Kumalasari, 2015: 158). Setelah persalinan hormone estrogen dan progesterone menurun drastis sehingga dikeluarkan prolaktin untuk merangsang

produksi ASI. Kemudian ASI dikeluarkan oleh sel otot halus disekitar kelenjar payudara yang mengkerut dan memeras ASI keluar, yang membuat otot-otot tersebut mengkerut adalah hormone oksitosin (Heryani, 2010: 6).

#### 4) Perubahan pada serviks

Perubahan yang terjadi adalah bentuk serviks sedikit menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Serviks berwarna merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, lading-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan yang terjadi selama berdilatasi maka serviks tidak akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Muara serviks berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir tangan dapat masuk kedalam rahim, setelah 2 jam hanya dapat dimasuki 2-3 jari, dan pada minggu ke 6 post partum serviks sudah menutup kembali (Sulistyawati, 2009: 77).

#### 5) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar. Setelah satu sampai dua hari pertama postpartum tonus otot vagina kembali, celah vagina tidak lebar dan vagina tidak lagi edema. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Akan tetapi



dengan latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan memungkinkan wanita secara perlahan mengencangkan vagina (Heryani, 2010: 32).

b. Perubahan system peredaran darah

Perubahan hormone selama hamil dapat menyebabkan terjadinya hemodilusi sehingga kadar hemoglobin wanita hamil sedikit lebih rendah dibandingkan dengan wanita tidak hamil. Selain itu, terdapat hubungan antara sirkulasi darah ibu dengan sirkulasi janin melalui plasenta. Setelah janin lahir, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah ibu relative meningkat. Namun hal tersebut segera diatasi oleh system homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga darah akan kembali normal. Biasanya ini terjadi sekitar 1 sampai 2 minggu setelah persalinan (Dewi Maritalia, 2014: 26).

c. Perubahan system pencernaan

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

laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Ambarwati dan Wulandari, 2010: 80).

d. Perubahan system perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan (Intan Kumalasari, 2015: 158).

e. Perubahan tanda-tanda vital

1) Suhu tubuh

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari  $37,2^{\circ}\text{C}$ . pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal. Apabila suhu tubuh lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$  maka waspada terhadap infeksi postpartum.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi brakikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi

100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan postpartum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah normal manusia adalah sistolik antara 90-120 mmhg dan diastolic 60-80 mmhg. Pasca melahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah.

Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan.

4) Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu postpartum umumnya pernafasan lambat atau normal (Heryani, 2010: 42).

**4. Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas**

Perubahan peran dari seorang wanita biasa menjadi seorang ibu tentu memerlukan adaptasi sehingga ibu dapat melakukan perannya dengan baik. Menurut Dewi (2014: 31) ibu akan mengalami beberapa fase pada masa nifas antara lain :

a. Fase Taking In

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung mulai dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

Ibu terfokus pada dirinya sendiri dan cenderung pasif pada lingkungannya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan merupakan hal yang sering dikeluhkan.

Pada fase ini, kebutuhan istirahat, nutrisi, dan komunikasi

yang baik harus terpenuhi bila tidak ibu akan mengalami gangguan psikologis seperti kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya, dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan pada bayinya.

b. Fase Taking Hold

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu akan merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam perawatan bayinya. Pada fase ini ibu lebih merasa sensitive sehingga mudah tersinggung. Dukungan dan penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayi sangat penting.

c. Fase Letting Go

Fase ini adalah fase menerima tanggungjawab akan peran sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung dari hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bayinya.

**5. Kebutuhan dasar ibu masa nifas**

a. Eliminasi

1) Miksi bisa disebut normal apabila dapat buang air kecil secara spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak maka dilakukan dengan cara tindakan:



a) Dirangsang dengan mengalirkan air keran didekat klien.

b) Mengompres dengan air hangat diatas simfisis.

Bila tidak berhasil dengan cara diatas maka lakukan katerisasi. Katerisasi tidak dilakukan sebelum lewat 6 jam post partum karena membuat klien merasa tidak nyaman.

Douwer kateter dilakukan penggantian setelah 48 jam.

## 2) Defekasi

Biasanya 2-3 hari postpartum masih sulit untuk buang air besar. Jika pada hari ketiga klien belum juga dapat buang air besar maka berikan laksanakan supositoria dan minum hangat. Dan lakukan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan yang cukup serat, dan juga berolahraga (Ambarwati dan Wulandari, 2010: 105).

### b. Ambulasi dini

Disebut juga early ambulation. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum.

Keuntungan early ambulation adalah:

- 1) Klien merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.
- 2) Faal usus dan kandung kencing lebih baik.

- 3) Dapat lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dll selama ibu masih dalam perawatan.

Kontraindikasi: klien dengan penyulit, misalnya : anemia, penyakit jantung, penyakit paru dll (Ambarwati, 2010: 105).

c. Nutrisi

- 1) Tambahan kalori 500 kalori setiap hari

Untuk menghasilkan 100 ml susu, ibu memerlukan asupan kalori 85 kalori. Pada minggu pertama dari enam bulan menyusui (ASI eksklusif) jumlah susu yang harus dihasilkan oleh ibu sebanyak 750 ml setiap hari. Pada minggu kedua susu yang harus dihasilkan sejumlah 600 ml, jadi tambahan kalori yang harus dikonsumsi oleh ibu adalah 510 kalori.

- 2) Makan dengan diet yang seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Pedoman yang baik untuk diet adalah 2-4 porsi /hari dengan menu empat kebutuhan dasar makanan (daging, buah, sayuran, dan roti/biji-bijian).
- 3) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- 4) Meminum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

- 5) Minum air sedikitnya tiga liter setiap hari (menganjurkan ibu untuk minum setiap setelah selesai menyusui).
- 6) Hindari makanan yang mengandung kafein/nikotin (Kumalasari, 2015: 161).

Tabel 2.9  
Perbandingan kebutuhan zat gizi wanita tidak hamil, hamil dan menyusui

Makanan	Normal	Hamil	Menyusui
Kalori	2500	2500	3000
Protein	60	85	100
Kalsium	0,8	1,5	2
Ferum (fe)	12	15	15
Vitamin A	5000	6000	8000
Vitamin B	1,5	1,8	2,3
Vitamin C	70	100	150
Vitamin D	2,2	2,5	3
Riboflavin	15	18	23
Asam nikotin	-	600	700

Sumber : (Kumalasari, 2015: 161).

#### d. Personal Hygiene

##### 1) Perawatan perineum

Hal-hal yang dapat dilakukan ibu masa postpartum dalam menjaga kebersihan diri:

- a) Mandi secara teratur minimal 2 kali sehari.
- b) Mengganti pakaian dan alas tempat tidur.
- c) Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal.
- d) Melakukan perawatan perineum dengan cara mencuci daerah genital dengan air dan sabun setiap kali setelah BAK/BAB dimulai dari bagian depan kebelakang (bagian anus).

- e) Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari.
- f) Mencuci tangan setiap setelah membersihkan daerah genitalia (Heryani, 2010: 62).

## 2) Perawatan payudara

- a) Menjaga payudara agar tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara.
- b) Oleskan colostrums ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui.
- c) Apabila puting susu lecet berat dapat diistirahatkan selama 24 jam dan ASI dikeluarkan menggunakan sendok, untuk menghilangkan nyeri dapat mengonsumsi paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam (Ambarwati dkk, 2010: 107).

### e. Istirahat

Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan ibu untuk beristirahat cukup sebagai persiapan untuk mendapatkan energy menyusui bayinya. Karena kurang istirahat pada ibu masa post partum akan mengakibatkan kerugian yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, dapat menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Sulistyawati, 2009: 103).



f. Seksual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum. Hasrat seksual pada bulan pertama akan berkurang baik kecepatannya maupun lamanya, juga orgasme pun akan menurun. Ada juga yang berpendapat bahwa coitus dapat dilakukan setelah masa nifas berdasarkan teori bahwa saat itu bekas luka plasenta baru sembuh (proses penyembuhan luka post partum sampai dengan 6 minggu). Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri (Ambarwati dkk, 2010: 108).

g. Latihan nifas/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 ialah senam yang bertujuan untuk mengembalikan otot-otot terutama rahim dan perut ke keadaan semula atau mendekati sebelum hamil.

Manfaat senam nifas antara lain:

- 1) Membantu memperbaiki sirkulasi darah.

- 2) Memperbaiki sikap tubuh dan punggung pasca persalinan.
- 3) Memperbaiki otot otus, pelvis dan peregangan otot abdomen.
- 4) Memperbaiki dan memperkuat otot panggul.
- 5) Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca melahirkan  
(Heryani, 2010: 64).

## **6. Komplikasi masa nifas**

### **a. Sub involusi uteri**

Involusi adalah keadaan dimana uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1.000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 gram 6 minggu kemudian. Pada beberapa keadaan terjadinya proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana semestinya, sehingga proses pengecilan terlambat. Keadaan yang demikian disebut sub involusi uteri. Penyebab terjadinya sub involusi uteri adalah terjadinya infeksi pada endometrium, terdapat sisa plasenta dan selaputnya, terdapat bekuan darah atau mioma uteri. Pada palpasi uterus teraba masih besar, fundus masih tinggi, lochea banyak, dapat berbau dan terjadi perdarahan (Ambarwati dkk, 2010: 126).

### **b. Perdarahan masa nifas**

Adalah perdarahan yang terjadi lebih dari 500-600 ml pada 24 jam pertama setelah anak lahir. Perdarahan masa nifas ini

dibagi 2 yaitu perdarahan post partum primer (early postpartum hemorrhage) yang terjadi pada 24 jam pertama, dan perdarahan postpartum sekunder (late postpartum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam. Penyebab perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, laserasi jalan lahir dan inversion uteri. Sedangkan penyebab dari perdarahan postpartum sekunder adalah sub involusi uteri, retensi sisa plasenta, dan infeksi nifas (Heryani, 2010: 107).

c. Infeksi masa nifas

Adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas. Ibu yang mengalami infeksi nifas biasanya ditandai dengan demam (peningkatan suhu tubuh di atas 38 °C) yang terjadi selama 2 hari berturut-turut. Macam-macam infeksi nifas yang terjadi diantaranya adalah endometritis, peritonitis, mastitis, infeksi luka perineum (Dewi, 2014: 57-63).

d. Tromboflebitis

Merupakan inflamasi pada permukaan pembuluh darah disertai pembentukan bekuan darah. Tromboflebitis cenderung terjadi pada periode pasca partum pada saat

kemampuan penggumpalan darah meningkat akibat peningkatan fibrinogen, dilatasi vena ekstermitas bagian bawah disebabkan oleh tekanan kepala janin karena kehamilan dan persalinan dan aktivitas pada periode tersebut menyebabkan penimbunan statis dan pembekuan darah pada ekstermitas bagian bawah (Sriningsih, 2017: 492).

e. Pembendungan ASI

Bendungan ASI adalah bendungan air susu karena penyempitan duktus laktiferi atau kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna atau karena kelainan puting susu. Payudara terjadi karena hambatan aliran darah vena atau saluran kelenjar getah bening akibat ASI terkumpul dalam payudara. Kejadian ini timbul karena produksi yang berlebihan sementara kebutuhan bayi pada hari pertama hanya sedikit (Sriningsih, 2017: 494).

f. Mastitis

Dalam masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan pada mammae terutama pada primipara. Tanda-tanda adanya infeksi adalah rasa panas dingin disertai dengan kenaikan suhu, penderita merasa lesu, dan tidak ada nafsu makan. Penyebab infeksi adalah *Staphylococcus aureus*. Mammae membesar dan nyeri dan pada suatu tempat, kulit merah,



membengkak sedikit, dan nyeri pada perabaan (Sriningsih, 2017: 496).

## 7. Kunjungan masa nifas

### a. Jadwal kunjungan nifas

- 1) Kunjungan I (6 jam-3 hari)
- 2) Kunjungan II (4-28 hari)
- 1) Kunjungan III (29-42 hari) (Kemenkes, buku KIA, 2015: 26).

### b. Jenis pelayanan

- 1) Kondisi ibu nifas secara umum
- 2) Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi
- 3) Perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri, dan memeriksa payudara.
- 4) Lokhia dan perdarahan
- 5) Pemeriksaan jalan lahir
- 6) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
- 7) Pemberian kapsul vitamin A
- 8) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
- 9) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas

### c. Nasehat yang diberikan

- 1) makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan.
- 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
- 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
- 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
- 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- 7) Perawatan bayi yang benar.
- 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.
- 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- 10) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan (Kemenkes, buku KIA, 2015: 26).

## 2.1.4 Konsep dasar neonatus

### 1. Pengertian neonatus

- a. Bayi baru lahir atau disebut juga dengan neonatus adalah individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ektrauterin (Vivian, 2012: 1).
- b. Neonatus atau bayi baru lahir normal adalah bayi baru lahir normal dengan berat lahir antara 2.500-4.000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat (M. Sholeh Kosim, 2007 dikutip dari Intan Kumalasari, 2015: 209).
- c. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat lahir 2500-4000 gram (Armini N. Wayan, dkk, 2017: 1).

### 2. Ciri-ciri fisiologi neonatus

Menurut Vivian (2012) ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah:

- a. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2.500-4000 gram.
- c. Panjang badan 48-52 cm.
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Lingkar dada 30-38 cm.
- f. Lingkar badan 48-52 cm.

- g. Lingkar lengan 11-12 cm.
- h. Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
- i. Pernapasan 40-60 x/menit.
- j. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- k. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepalanya telah sempurna.
- l. Kuku sedikit panjang dan lemas.
- m. Nilai APGAR >7.
- n. Gerakan aktif.
- o. Bayi menangis kuat segera setelah lahir.
- p. Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah baik.
- q. Refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah baik.
- r. Refleks sucking (menghisap dan menelan) sudah baik.
- s. Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
- t. Genetalia
  - Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis berada pada skrotum dan penis berlubang.
  - Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra berlubang, dan adanya labia minora dan mayora.
- u. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecokelatan.



### 3. Penilaian APGAR score

Penilaian keadaan umum bayi dimulai satu menit setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Penilaian berikutnya dilakukan pada menit kelima dan kesepuluh. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak.

Tabel 2.10  
Tanda APGAR

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

Sumber : (Vivian, 2012: 2).

Keterangan:

Nilai 7-10 : bayi normal

Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang

Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat.

a. Prosedur penilaian APGAR

- 1) Pastikan bahwa pencahayaan baik, sehingga visualisasi warna dapat dilakukan dengan baik, dan pastikan adanya akses yang baik ke bayi.

- 2) Catat waktu kelahiran, tunggu 1 menit, kemudian lakukan pengkajian pertama. Kaji kelima variabel dengan cepat dan simultan, kemudian jumlahkan hasilnya.
- 3) Lakukan tindakan dengan cepat dan tepat sesuai dengan hasilnya, misalnya bayi dengan nilai 0-3 memerlukan tindakan resusitasi dengan segera.
- 4) Ulangi pada menit kelima. Skor harus naik bila nilai sebelumnya 8 atau kurang.
- 5) Ulangi lagi pada menit kesepuluh.
- 6) Dokumentasikan hasilnya dan lakukan tindakan yang sesuai (Sondakh, 2013: 159).

#### **4. Tahapan BBL**

- a. Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan system scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.
- b. Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- c. Tahap III disebut tahap periodic, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Dewi, 2010: 3).

#### **5. Klasifikasi bayi baru lahir**

- a. Klasifikasi bayi baru lahir menurut usia gestasi, yaitu:

- 1) Pre term : kurang dari 37 lengkap (kurang dari 259 hari).
- 2) Term : mulai dari 37 minggu sampai kurang dari 42 minggu lengkap (259-293 hari).
- 3) Post term : 24 minggu lengkap atau lebih (294 hari)(Fajriah L, 2013: 58).

b. Menurut berat badan lahir

- 1) Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR, kurang dari 2.500 gram).
- 2) Bayi berat lahir yang normal (2.500 sampai 3.999 gram).
- 3) Bayi Berat Lahir Besar (BBLB, lebih sama dengan 4.000 gram) (Stoll dll, 2007: 37).

c. Menurut berat lahir terhadap masa gestasi

- 1) Neonates cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
- 2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK) (Muslihatun, 2010: 27).

**6. Macam-macam reflek pada bayi**

a. Reflek kedipan (glabellar reflex)

Merupakan respons terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optic.

b. Refleks menghisap (rooting reflex)

Merupakan refleks bayi yang membuka mulut atau mencari puting saat akan menyusui.

c. Sucking reflex, yang dilihat pada waktu bayi menyusui.

d. Tonick neck reflex

Letakkan bayi dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstremitas terentang pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstremitas pada sisi lain fleksi. Pada keadaan normal, bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf asesor.

e. Grasping reflex

Normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada palmar yang ditekan dengan kuat.

f. Refleks moro

Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45 derajat, dalam keadaan refleks kepala dijatuhkan 10 derajat. Normalnya akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan.

g. Walking reflex

Bayi akan menunjukkan respons berupa gerakan berjalan dan kaki akan bergantian dari fleksi ke ekstensi.

h. Babinsky reflex

Dengan menggores telapak kaki, dimulai dari tumit lalu gores pada sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki (Dewi, 2010: 25-26).



## 7. Identifikasi Bayi

Untuk memudahkan identifikasi, alat pengenalan bayi perlu dipasang segera pascapersalinan. Alat yang digunakan sebaiknya tahan air, dengan tepi halus yang tidak mudah melukai, tidak mudah sobek, dan tidak mudah lepas. Pada alat/gelang identifikasi, tercantum nama (bayi dan ibunya), tanggal lahir nomor bayi, jenis kelamin, dan unit. Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus tercetak di catatan yang tidak mudah hilang. Berat lahir, panjang bayi, lingkaran kepala dan lingkaran perut diukur, kemudian dicatat dalam rekam medis (Sondakh, 2013: 160).

## 8. Adaptasi BBL

Bayi yang lahir akan mengalami adaptasi sehingga yang semula bersifat bergantung kemudian menjadi mandiri secara fisiologis karena:

- a. Mendapatkan oksigen melalui system sirkulasi pernafasannya yang baru.
- b. Mendapatkan nutrisi oral untuk mempertahankan kadar gula darah yang cukup.
- c. Dapat mengatur suhu tubuh
- d. Dapat melawan setiap penyakit dan infeksi.

Sebelum diatur oleh tubuh bayi sendiri, fungsi tersebut dilakukan oleh plasenta yang kemudian masuk ke periode transisi. Periode transisi terjadi segera setelah lahir dan dapat berlangsung hingga 1

bulan atau lebih (untuk beberapa system). Transisi yang paling nyata dan cepat adalah system pernapasan dan sirkulasi, system termoregulasi, dan system metabolisme glukosa (Deslidel, dkk, 2011: 1).

#### 1) System pernapasan

Rangsangan gerakan pernapasan pertama terjadi karena beberapa hal berikut:

- a) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui paru-paru bayi.
- b) Penurunan  $\text{PaO}_2$  dan peningkatan  $\text{PaCO}_2$  merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi).
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik).
- d) Refleks deflasi hering breur

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 neonatus bernapas dengan cara bernapas diafragmatik dan abnormal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka

alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektatis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobic (Dewi, 2010: 12).

## 2) Peredaran darah

Pada masa fetus darah dari plasenta melalui vena umbilikal sebagian ke hati, sebagian langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah di pompa melalui aorta ke seluruh tubuh. Dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta. Setelah bayi lahir, paru akan berkembang mengakibatkan tekanan arterioler dalam paru menurun. Tekanan dalam jantung kanan turun, sehingga tekanan jantung kiri lebih besar daripada tekanan jantung kanan yang mengakibatkan menutupnya foramen ovale secara fungsional. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desenden berobliterasi ini terjadi pada hari pertama. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfuse plasenta dan pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg (Wayan, dkk, 2017: 6).

## 3) System metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relative lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBI harus menyesuaikan dengan lingkungan baru sehingga energy dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama kehidupan, energy didapatkan dari perubahan karbohidrat, pada hari kedua, energy berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu, sekitar dihari ke enam energy diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40 % (Vivian, 2012: 14).

#### 4) System gastrointestinal

Kebutuhan nutrisi dan kalori janin terpenuhi langsung dari ibu melalui plasenta, sehingga gerakan ususnya tidak aktif dan tidak memerlukan enzim pencernaan, dan kolonisasi bakteri di usus negative. Setelah lahir gerakan usus mulai aktif, sehingga memerlukan enzim pencernaan, dan kolonisasi di usus positif. Syarat pemberian minum adalah sirkulasi baik, bising usus positif, tidak ada kembung, pasase mekonium positif, tidak ada muntah dan sesak napas.

Refleks gumoh dan refleks batuk sudah terbentuk baik saat lahir. Kemampuan bayi untuk menelan dan mencerna makanan selain susu masih terbatas. Hubungan antara esophagus dan lambung masih belum sempurna (gumoh) dan kapasitas



lambung masih terbatas (30 cc). dua sampai tiga hari pertama kolon berisi mekonium yang lunak berwarna hijau kecokelatan, yang berasal dari saluran usus dan tersusun atas, mucus dan sel epidermis. Warna yang khas berasal dari pigmen empedu. Beberapa jam sebelum lahir usus masih steril, tetapi setelah itu bakteri menyerbu masuk. Pada hari ke 3 atau ke 4 mekonium menghilang (Deslidel, 2011: 6).

5) Keseimbangan air dan fungsi ginjal

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

- a) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa.
- b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- c) Renal blood flow relative kurang dibandingkan dengan orang dewasa (Vivian, 2012: 15).

6) System Hati

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

neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan grey baby sindrom (Wayan, dkk, 2017: 11).

7) Immunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang juga tidak memiliki lamina propia ilium dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks dll) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibody gama A,G, dan M (Vivian, 2012: 15).

8) Keseimbangan asam basa

PH darah pada waktu lahir rendah karena glikolisis anaerobic. Dalam 24 jam neonatus telah mengompensasi asidosis ini (Wayan, 2017: 11).

9) System neurologi

Bayi telah dapat melihat dan mendengar sejak baru lahir sehingga membutuhkan stimulasi suara dan penglihatan. Setelah lahir jumlah dan ukuran sel saraf tidak bertambah. Pembentukan sinaps terjadi secara porgresif sejak lahir sampai

usia 2 tahun. Mielinisasi (perkembangan serabut myelin) terjadi sejak janin 6 bulan sampai dewasa. Golden period mulai trimester III sampai usia 2 tahun penambahan lingkaran kepala (saat lahir rata-rata 36 cm, usia 6 bulan 44 cm, usia 1 tahun 47 cm, usia 2 tahun 49 cm, usia 5 tahun 51 cm, dewasa 56 cm). saat lahir bobot otak 25% dari berat dewasa, usia 6 bulan hampir 50%, usia 2 tahun 75%, usia 5 tahun 90%, usia 10 tahun 100% (Deslidel, dkk, 2011: 7).

#### 10) Perlindungan termal (termoregulasi)

Mekanisme pengaturan suhu tubuh ada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna, untuk itu perlu dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas dari tubuh bayi karena beresiko mengalami hipotermi. Bayi dengan hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera di keringkan dan di selimuti walaupun di dalam ruangan yang relative hangat.

a) Beberapa mekanisme kehilangan panas tubuh pada BBL menurut Wahyuni (2012: 56):

##### (1) Evaporasi

Evaporasi adalah cara kehilangan panas utama pada tubuh bayi. Kehilangan panas terjadi karena menguapnya cairan pada tubuh bayi. Kehilangan panas tubuh bayi melalui penguapan dari kulit tubuh yang

basah ke udara, karena bayi baru lahir diselimuti oleh air/cairan ketuban/amnion. Proses ini terjadi apabila BBL tidak segera dikeringkan setelah lahir.

(2) Konduksi

Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dan benda atau permukaan yang temperaturnya lebih rendah.

(3) Konveksi

Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi pada saat tubuh bayi terpapar udara atau lingkungan yang bertemperatur dingin. Kehilangan panas badan bayi melalui aliran udara sekitar bayi yang lebih dingin.

(4) Radiasi

Radiasi adalah pelepasan panas akibat adanya benda yang lebih dingin di dekat tubuh bayi. Kehilangan panas badan bayi melalui pancaran/radiasi dari tubuh bayi ke lingkungan sekitar bayi yang lebih dingin.



Tabel 2.11  
Perbedaan lingkungan intra dan ekstra uterin

	Sebelum lahir	Sesudah lahir
1. Penyediaan oksigen	Cairan	Udara
2. Suhu luar	Pada umumnya tetap	Berubah-ubah
3. Stimulasi sensoris	Terutama kinestetik atau vibrasi	Bermacam-macam stimuli
4. Gizi	Tergantung pada zat-zat gizi yang terdapat dalam darah ibu	Tergantung pada tersedianya bahan makanan dan kemampuan saluran cerna
5. Penyediaan oksigen	Berasal dari ibu ke janin melalui plasenta	Berasal dari paru-paru ke pembuluh darah paru-paru
6. Pengeluaran hasil metabolisme	Dikeluarkan ke system peredaran darah ibu	Dikeluarkan melalui paru-paru, kulit, ginjal, dan saluran pencernaan

Sumber: (Wayan, dkk, 2017: 37).

### 9. Yang perlu diperhatikan pada BBL

- d. Suhu badan dan lingkungan
- e. Tanda-tanda vital
- f. Berat badan
- g. Mandi dan perawatan kulit
- h. Pakaian
- i. Perawatan tali pusat
- j. Pemantauan tanda-tanda vital
- k. Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur dan anus
- l. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada

waktu inspirasi maupun ekspirasi. Frekuensi pernapasan 30-50 kali per menit.

m. Nadi dapat dipantau disemua titik-titik nadi perifer

n. Tekanan darah dipantau jika ada indikasi (Rochmah dkk, 2011: 2).

### **10. Penilaian bayi untuk tanda kegawatdaruratan**

Semua bayi lahir harus dinilai untuk mengetahui adanya tanda-tanda kegawatan/kelainan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit jika mempunyai salah satu atau beberapa dari tanda-tanda berikut:

- a. Sesak napas
- b. Frekuensi bernapas >60 kali/menit
- c. Gerak retraksi di dada yang kuat
- d. Kurang aktif
- e. Berat badan lahir 1500-3000 gram dengan kesulitan minum
- f. Tanda bayi sakit berat. Jika terdapat salah satu atau lebih tanda-tanda berikut:

- 1) Sulit minum
- 2) Sianosis sentral
- 3) Perut kembung
- 4) Periode apnea
- 5) Kejang/periode kejang kecil
- 6) Merintih

- 7) Perdarahan
- 8) Sangat kuning
- 9) Berat badan lahir <1500 gram (Rochmah, 2011: 21).

## **11. Kebutuhan dasar BBL**

### **a. Kebutuhan makan dan minum**

Rencana asuhan untuk memenuhi kebutuhan minum dan makan bayi adalah dengan membantu bayi mulai menyusui melalui pemberian ASI eksklusif. Prinsip umum menyusui secara dini dan eksklusif adalah sebagai berikut:

- 1) Bayi harus disusui sesegera mungkin setelah lahir (terutama dalam 1 jam pertama) dan melanjutkannya selama 6 bulan pertama kehidupan.
- 2) Kolostrum harus diberikan, tidak boleh dibuang.
- 3) Bayi harus diberi ASI eksklusif selama 6 bulan pertama. Artinya, tidak boleh member makanan apa pun pada bayi selain ASI selama masa tersebut.
- 4) Bayi harus disusui kapan saja ia mau, siang atau malam (on demand) yang akan merangsang payudara memproduksi ASI secara adekuat.

Untuk mendapatkan ASI dalam jumlah cukup, seorang ibu perlu menjaga kesehatannya sebaik mungkin. Ia perlu minum dalam jumlah cukup, makan makanan bergizi, dan istirahat yang cukup. Oleh sebab itu, bidan harus mengingatkan hal ini pada

ibu. Jumlah rata-rata makanan seorang bayi cukup bulan selama dua minggu pertama sebanyak 30-60 ml setiap 2-3 jam. Selama 2 minggu pertama, bayi baru lahir hendaknya dibangunkan untuk makan paling tidak setiap 4 jam. Sesudah itu, jika bayi sudah bertambah berat badannya, bayi boleh tidur dalam periode yang lebih lama (terutama malam hari). Untuk meyakinkan bahwa bayi mendapat cukup makanan, ibu harus mengamati/mencatat seberapa sering bayi berkemih. Berkemih paling sedikit 6 kali selama 2-7 hari setelah lahir, ini menunjukkan asupan cairannya adekuat (Rochmah dkk, 2011: 42-43).

b. Kebutuhan eliminasi

Urine dibuang dengan cara mengosongkan kandung kemih secara refleksi. Bayi miksi sebanyak minimal 6 kali sehari. Semakin banyak cairan yang masuk, semakin sering bayi miksi. Defekasi pertama berwarna hijau kehitam-hitaman. Pada hari ke 3-5, kotoran berubah warna menjadi kuning kecokelatan. Bayi defekasi 4-6 kali sehari. Kotoran bayi yang hanya minum susu biasanya cair. Bayi yang mendapat ASI kotorannya berwarna kuning, agak cair, dan berbiji. Bayi yang minum susu botol, kotorannya berwarna coklat muda, lebih padat dan berbau.

Asuhan yang perlu diberikan pada bayi adalah sebagai berikut:



- 1) Monitor defekasi dan berkemih bayi dalam 24 jam, seberapa sering bayi berkemih atau defekasi dan bagaimana karakteristik kotoran bayi.
- 2) Amati adanya kelainan/gangguan yang muncul. Pengamatan terhadap tahap-tahap perubahan kotoran membantu kita mengenali adanya kelainan pada saluran pencernaan.
- 3) Jelaskan pada ibu bahwa kotoran bayi yang berwarna

c. Kebutuhan tidur/istirahat

Dalam waktu 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan rungan yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi

(Vivian,2011:29).

Tabel 2.12  
Waktu istirahat 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: (Vivian,2011:29)

d. Kebersihan kulit

Kebersihan kulit bayi perlu benar-benar di jaga. Walaupun mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan

setiap hari, tetapi bagian-bagian seperti muka, bokong, dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur. Sebaiknya orang tua maupun orang lain yang ingin memegang bayi diharuskan untuk mencuci tangan terlebih dahulu (Vivian, 2011:29).

e. Keamanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekalipun meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apa pun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi (Vivian, 2011:29).

f. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, akan tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. (Saifuddin, 2010: 369).

## **12. Penyuluhan sebelum BBL pulang**

Menurut Dewi (2010: 30-32) penyuluhan yang diberikan pada bayi sebelum pulang adalah:

a. Perawatan tali pusat

Bidan hendaknya menasehati ibu agar tidak membubuhkan apa pun pada daerah sekitar tali pusat karena dapat mengakibatkan infeksi. Hal ini disebabkan karena meningkatnya kelembapan (akibat penyerapan oleh bahan tersebut) badan bayi sehingga menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri. Penting untuk diberitahukan kepada ibu, agar tidak membubuhkan apa pun ke tali pusat dan tali pusat terbuka agar tetap kering.

b. Pemberian ASI/menyusui

Beberapa topic yang diberikan kepada ibu sebelum kembali ke rumah terkait dengan perawatan bayi meliputi:

- 1) Menyediakan nutrisi yang ideal untuk bayi baru lahir. Harus on demand (sekehendak bayi) dan ASI eksklusif sampai 6 bulan.
- 2) Menyediakan antibody untuk melindungi bayi dari infeksi (kolostrum).
- 3) Mempercepat hubungan kasih sayang ibu dan anak (bonding attachment).
- 4) Posisi menyusui yang benar dan tanda bayi menghisap dengan benar (Rochmah dkk, 2011: 51).

Cara menyusui yang benar:

- 1) Cara menyusui dengan sikap duduk:

a) Duduk dengan posisi santai dan tegak menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.

b) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit k

2) Melepas isapan bayi

3) Menyusui berikutnya dimulai pada payudara yang belum terkosongkan (yang dihisap terakhir).

4) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.

5) Menyendawakan bayi

c. Jaga kehangatan bayi

Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak antara ibu dengan kulit bayi sangat penting dalam rangka menghangatkan serta mempertahankan panas tubuh bayi.

Gantilah handuk/kain jika basah dengan kain yang kering, dan bungkus bayi tersebut dengan selimut, serta jangan lupa untuk memastikan kepala bayi telah terlindungi dengan baik untuk mencegah kehilangan panas. Apabila suhu bayi kurang dari  $36,5^{\circ}\text{C}$ , segera hangatkan bayi dengan teknik metode kanguru.

Perawatan metode kanguru adalah perawatan untuk bayi premature dengan melakukan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi. Metode ini sangat tepat dan mudah



dilakukan guna mendukung kesehatan dan keselamatan bayi yang lahir premature maupun yang aterm. Kehangatan tubuh ibu merupakan sumber panas yang efektif. Hal ini terjadi bila ada kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi. Prinsip ini dikenal dengan sebagai skin to skin contact atau metode kanguru. Perawatan dengan metode kanguru merupakan cara efektif untuk memenuhi kebutuhan bayi yang paling mendasar yaitu kehangatan, keselamatan, kasih sayang, ASI, perlindungan dari infeksi, dan stimulasi.

d. Tanda-tanda bahaya

Jika muncul tanda-tanda bahaya, ajarkan ibu untuk:

- (1) Memberikan pertolongan pertama sesuai kemampuan ibu yang sesuai kebutuhan sampai bayi memperoleh perawatan medis lanjutan.
- (2) Membawa bayi ke RS atau klinik terdekat untuk perawatan tindakan segera.

e. Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat ke dalam tubuh melalui penyuntikkan atau secara oral.

Tabel 2.13  
Jadwal pemberian imunisasi

Umur	Vaksin	Keterangan
Saat lahir	Hepatitis B-1	Harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan ketika bayi berusia 1 dan 6 bulan.
	Polio-0	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RS/RB, polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain).
1 bulan	Hepatitis B-2	Diberikan saat bayi berusia 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan. Bila bayi premature dan HbsAg ibu negative, maka imunisasi ditunda sampai bayi berusia 2 bulan atau berat badan 2.000 gram.
0-2 bulan	BCG	Dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan ketika bayi berusia lebih dari 3 bulan, maka sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu, jika hasil uji negative maka imunisasi BCG dapat diberikan.
2 bulan	DPT-1	Diberikan ketika bayi berusia lebih dari 6 minggu.
	Polio-1	Dapat diberikan bersamaan dengan DPT-1. Interval pemberian polio 2,3,4 tidak kurang dari 4 minggu.
4 bulan	DPT-2	Dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-2
	Polio-2	Diiberikan bersamaan dengan DTP-2
6 bulan	DPT-3	Diberikan terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-3
	Polio-3	Diberikan bersamaan dengan DPT-3
	Hepatitis B-3	HB-3 diberikan saat bayi berusia 6 bulan untuk mendapatkan respons imun optimal, interval minimal 2 bulan tetapi terbaiknya 5 bulan.
9 bulan	Campak	Campak diberikan ketika bayi berusia 9 bulan.

Sumber: (Dewi, 2010: 32-33).

### 13. Kunjungan BBL

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

- a. Kunjungan 1 adalah kunjungan ke 1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah kelahiran
- b. Kunjungan 2 adalah kunjungan ke 2 dilakukan pada kurun waktu 3-7 hari setelah kelahiran
- c. Kunjungan 3 adalah kunjungan ke 3 dilakukan pada kurun waktu 8-28 hari setelah kelahiran (Kemenkes RI, buku KIA 2015:40).

Jenis pemeriksaan:

- a. Berat badan (kg)
- b. Panjang badan (cm)
- c. Suhu ( $^{\circ}\text{C}$ )
- d. Tanyakan kepada ibu bayi sakit apa?
- e. Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri:

- 1) Frekuensi napas (kali/menit)
  - 2) Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
- f. Memeriksa adanya diare
  - g. Memeriksa ikterus

- h. Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI.
- i. Memeriksa status pemberian vitamin K1
- j. Memeriksa status imunisasi HB-0
- k. Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK
  - (1) Skrining hipotiroid congenital
  - (2) Hasil test skrining hipotiroid congenital (SHK) -/+
  - (3) Konfirmasi hasil SHK
    - l. Memeriksa keluhan lain
    - m. Memeriksa masalah/keluhan ibu
    - n. Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik).
    - o. Nama pemeriksa (Kepmenkes, 2015: 40).

### **2.1.5 Konsep dasar Keluarga Berencana (KB)**

#### **1. Pengertian**

- 1) Keluarga berencana (KB) adalah suatu usaha untuk untuk menjarangkan atau merencanakan jarak dan jumlah kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi, untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (Marmi, 2016: 84).
- 2) Menurut WHO (world Health Organization) keluarga berencana adalah suatu tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk:
  - a) Mendapatkan objektif-objektif tertentu
  - b) Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan



- c) Menentukan jumlah anak
  - d) Mendapatkan kelahiran yang diinginkan
  - e) Mengatur jarak diantara kehamilan
  - f) Mengontrol waktu saat kelahiran dengan umur suami dan istri.
- 3) Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” yang berarti mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi” adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang dapat mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah usaha untuk menghindari atau mencegah kehamilan sebagai akibat dari pertemuan antara sel telur yang sudah matang dan sel sperma (Kumalasari, 2015: 277).
- 4) Kontrasepsi adalah pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma atau mencegah menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Mulyani dkk, 2013: 1).

## **2. Manfaat program keluarga berencana**

- 1) Manfaat bagi ibu

Untuk mengatur jumlah dan jarak kelahiran sehingga dapat memperbaiki kesehatan tubuh karena dapat mencegah kehamilan berulang kali dengan jarak yang dekat. Dapat meningkatkan kesehatan mental dan sosial karena adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang.

2) Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Anak dapat tumbuh dengan wajar karena ibu yang hamil dalam keadaan sehat. Setelah lahir, anak akan mendapatkan perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan. Dapat memberikan kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik, perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk anaknya, perencanaan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis hanya untuk mempertahankan hidup semata.

3) Bagi suami

Untuk memperbaiki kesehatan fisik, mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

4) Manfaat bagi program KB bagi seluruh keluarga

Dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga. Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan

(Marmi, 2016: 90).

### 3. Macam-macam Keluarga Berencana

#### a. Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat

### a) Metode Amenore Laktasi (MAL)

#### 1) Pengertian

Metode amenore laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya (Arum dkk, 2011: 68-69).

#### 2) Cara kerja

Cara kerja dari Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat laktasi/menyusui, hormone yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormone gonadotropin melepaskan hormone penghambat (inhibitor). Hormone penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Fitri, 2018: 101).

#### 3) Keuntungan (kontrasepsi)

- (a) Efektivitas tinggi (tingkat keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan).
- (b) Tidak mengganggu saat berhubungan seksual.
- (c) Segera efektif bila digunakan secara benar.
- (d) Tidak ada efek samping secara sistemik.

- (e) Tidak perlu pengawasan medis.
  - (f) Tidak perlu obat atau alat.
  - (g) Tanpa biaya (Mulyani dkk, 2013: 29).
- 4) Keuntungan nonkontrasepsi
- (a) Untuk bayi
    - (1) Mendapatkan kekebalan pasif (mendapat perlindungan antibody melalui ASI).
    - (2) Merupakan asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
    - (3) Bayi terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.
  - (b) Untuk ibu
    - (1) Dapat mengurangi perdarahan pascapersalinan.
    - (2) Dapat mengurangi resiko anemia.
    - (3) Dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi (Mulyani dkk, 2013: 30).
- 5) Keterbatasan
- (a) Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan.



(b) Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif.

(c) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk hepatitis B ataupun HIV/AIDS.

(d) Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui.

(e) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif (Marmi, 2016: 146).

(f) Yang tidak dapat menggunakan MAL

(g) Sudah mendapat haid setelah bersalin.

(h) Tidak menyusui secara eksklusif.

(i) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan

(j) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam  
(Arum dkk, 2011: 72).

6) Yang dapat menggunakan MAL

Metode Amenore Laktasi dapat digunakan oleh:

(a) Wanita yang menyusui secara eksklusif

(b) Ibu pasca melahirkan dan bayinya berumur kurang dari 6 bulan

(c) Wanita yang belum mendapatkan haid pasca melahirkan

Wanita yang menggunakan MAL, harus menyusui dan memperhatikan hal-hal berikut:

- (1) Dilakukan segera setelah melahirkan
- (2) Frekuensi menyusui sering dan tanpa jadwal
- (3) Pemberian ASI tanpa botol atau dot
- (4) Tidak mengonsumsi suplemen
- (5) Pemberian ASI tetap dilakukan baik ketika ibu dan bayi sedang sakit (Marmi, 2016: 147).

**b) Senggama terputus (coitus interruptus)**

1) Pengertian

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional atau alamiah, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi (Mulyani dkk, 2013:50).

2) Cara kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (Saifuddin, 2014: MK-15).

3) Efektifitas

Metode coitus interruptus akan efektif apabila dilakukan dengan benar dan konsisten. Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun. Pasangan

yang mempunyai pengendalian diri yang besar, pengalaman dan kepercayaan dapat menggunakan metode ini menjadi lebih efektif (Marmi, 2016).

4) Keuntungan

- (a) Tidak memerlukan alat/murah
- (b) Tidak menggunakan zat-zat kimiawi
- (c) Selalu tersedia setiap saat
- (d) Tidak mempunyai efek samping (Fitri, 2018).

5) Kerugian

- (a) Angka kegagalan cukup tinggi 16-23 kehamilan per 100 wanita per tahun

Faktor-faktor yang menyebabkan angka kegagalan yang adalah:

- (b) Adanya cairan praejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan dalam kelenjar prostat, uretra, kelenjar cowper), yang dapat keluar setiap saat, dan setiap tetes sudah dapat mengandung berjuta-juta spermatozoa.

- (c) Kurang kontrol diri pria

- (d) Kenikmatan seksual berkurang bagi suami istri, sehingga dapat mempengaruhi kehidupan perkawinan. (Fitri, 2018: 107).

**b. Metode kontrasepsi sederhana menggunakan alat****a) Kondom**

## 1) Pengertian

Kondom adalah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet/lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma. Kebanyakan kondom terbuat dari karet lateks tipis, tetapi ada yang membuatnya dari jaringan hewan (usus kambing) atau plasteik (polietelin) (Marmi, 2016: 155).



Gambar 2.16  
Alat kontrasepsi kondom  
Sumber: Marmi (2016: 155).

## 2) Jenis kondom

- (a) Kondom dengan aroma rasa
- (b) Kondom berulir
- (c) Kondom ekstra tipis
- (d) Kondom bintik
- (e) Kondom wanita



- (f) Kondom getar
- (g) Kondom baggy
- (h) Kondom biasa (Mulyani dkk, 2013: 56-57).

### 3) Cara kerja

(a) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah 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) (Saifuddin, 2014: MK-18).

### 4) Efektifitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Saifuddin, 2014: MK-18).

### 5) Manfaat kondom

(a) Manfaat kondom secara kontrasepsi :

- (1) Efektif bila pemakaian benar
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI
- (3) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (4) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- (5) Murah dan tersedia di berbagai tempat
- (6) Tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus
- (7) Metode kontrasepsi sementara

(b) Manfaat kondom secara non kontrasepsi

- (1) Peran serta suami untuk ber-KB
- (2) Mencegah penularan PMS
- (3) Mencegah ejakulasi dini
- (4) Mengurangi insiden kanker serviks
- (5) Adanya interaksi sesama pasangan
- (6) Mencegah imuno infertilitas (Marmi, 2016: 159).

6) Keterbatasan kondom

(a) Efektifitas tidak terlalu tinggi karena bergantung pada pemakaian kondom yang benar.

(b) Tumpahan atau bocoran sperma dapat terjadi jika kondom disimpan atau dilepaskan secara tidak benar.

(c) Adanya pengurangan sensitifitas pada penis, sehingga bisa sedikit mengurangi kenikmatan saat berhubungan seksual.

(d) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.

(e) Perasaan malu membeli di tempat umum.

(f) Masalah pembuangan kondom bekas pakai (Mulyani dkk, 2013: 61).

#### 7) Kontra indikasi kondom

(a) Setiap pria dapat memakai kondom kecuali dia atau pasangannya rentan (akergi/sensitive) terhadap lateks.

(b) Memiliki kelainan bentuk penis (malformasi).

(c) Secara psikologis pasangan tidak bisa menerima metode kondom (Marmi, 2016: 161).

#### **b) Diafragma**

##### 1) Pengertian

Diafragma adalah kap berbentuk bulat sembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks (Saifuddin, 2014: MK-21).

##### 2) Jenis diafragma

(a) Flat spring (flat metal band)

(b) Coil spring (coiled wire)

(c) Arching spring (kombinasi metal spring)

(Saifuddin, 2014: MK-21).

### 3) Cara kerja

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagian alat tempat spermisida (Mulyani dkk, 2013: 63).

### 4) Manfaat

#### (a) Manfaat kontrasepsi

(1) Efektif bila digunakan dengan benar

(2) Tidak mengganggu produksi ASI

(3) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah dipersiapkan sebelumnya

(4) Tidak mengganggu kesehatan klien

(5) Tidak mempunyai pengaruh sistemik

#### (b) Manfaat non kontrasepsi

(1) Memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual

(2) Dapat menampung darah menstruasi, bila digunakan saat haid (Marmi, 2016: 169-170).



### 5) Keterbatasan

- (a) Efektivitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
- (b) Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan.
- (c) Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual
- (d) Pemeriksaan pelvic oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan
- (e) Pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra
- (f) Pada 6 jam pascahubungan seksual, alat masih harus berada di posisinya (Saifuddin, 2014: MK-22).

### 6) Indikasi diafragma

- (a) Tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal, prokok, umur >35 tahun.
- (b) Tidak menyukai menggunakan IUD
- (c) Menyusui dan perlu kontrasepsi
- (d) Memerlukan proteksi terhadap IMS
- (e) Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain (Mulyani dkk, 2013: 64).

## 7) Kontra indikasi diafragma

- (a) Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi beresiko tinggi.
- (b) Terinfeksi saluran uretra
- (c) Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina)
- (d) Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan
- (e) Ingin metode KB efektif (Mulyani dkk, 2013: 64).

### c. Metode kontrasepsi hormonal

#### a) Pil KB kombinasi

##### 1) Pengertian

Pil kombinasi atau combination oral contraceptive adalah pil KB yang mengandung sintesis hormone estrogen dan progesterone yang mencegah kehamilan dengan cara menghambat terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur oleh indung telur) melalui penekanan hormone LH dan SFH, mempertebal lendir mukosa serviks, dan menghalangi pertumbuhan lapisan endometrium (Marmi, 2016: 192).



Gambar 2.17

Alat kontrasepsi pil kombinasi

Sumber: <https://mediskus.com/wanita/cara-benar-minum-pil-kb>

## 2) Jenis pil KB kombinasi

## (a) Monofasik

Adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

## (b) Bifasik

Adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

## (c) Trifasik

Adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone estrogen/progestin (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif (Saifuddin, 2014: MK-31).

### 3) Cara kerja

(a) Bekerja dengan jalan menghambat ovulasi melalui fungsi hipotalamus –hipofisis-ovarium

(b) Menghambat perjalanan ovum/implantasi

(c) Bekerja dengan cara membuat lendir serviks menjadi kental sehingga transportasi sperma menjadi sulit

(d) Menghambat kapasitas sperma (Mulyani dkk, 2013: 82).

### 4) Efektifitas

Efektifitas pil kombinasi lebih dari 99%, apabila digunakan dengan benar dan konsisten. Ini berarti, kurang dari 1 orang dari 100 wanita yang menggunakan pil kombinasi akan hamil setiap tahunnya. Namun pada pemakaian yang kurang seksama, efektifitas nya masih mencapai 93%. Metode ini juga merupakan metode yang paling reversible, artinya bila pengguna ingin hamil bisa langsung berhenti minum pil dan biasanya bisa langsung hamil dalam waktu 3 bulan (Marmi, 2016: 195).

### 5) Manfaat

(a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan



setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan)

- (b) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid

(e) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan

(f) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause

(g) Mudah dihentikan setiap saat

(h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan

(i) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat

(j) Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorea dan akne (Saifuddin, 2014: MK=32).

#### 6) Keterbatasan

- (a) Mahal dan membosankan

- (b) Mual terutama pada 3 bulan pertama penggunaan
- (c) Pusing
- (d) Nyeri pada payudara
- (e) BB naik sedikit pada perempuan tertentu, kenaikan BB justru memiliki dampak positif
- (f) Tidak boleh diberikan pada ibu menyusui
- (g) Pada sebagian kecil wanita dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati sehingga keinginan untuk berhubungan seks berkurang
- (h) Dapat meningkatkan tekanan darah
- (i) Tidak mencegah IMS (Mulyani, 2013: 83).

7) Efek samping

- (a) Peningkatan risiko thrombosis vena, emboli paru, serangan jantung, stroke dan kanker leher rahim
- (b) Peningkatan tekanan darah dan retensi cairan
- (c) Pada kasus-kasus tertentu dapat menimbulkan depresi, perubahan suasana hati dan perubahan libido
- (d) Mual (terjadi pada 3 bulan pertama) dan kembung
- (e) Perdarahan bercak atau spotting (terjadi pada 3 bulan pertama)
- (f) Pusing
- (g) Amenorea

- (h) Nyeri payudara
  - (i) Kenaikan berat badan (Marmi, 2016: 200).
- 8) Yang dapat menggunakan pil kombinasi
- (a) Usia reproduksi
  - (b) Telah atau belum memiliki anak
  - (c) Gemuk atau kurus
  - (d) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
  - (e) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
  - (f) Pesca keguguran atau abortus
  - (g) Peredaran haid berlebihan sehingga menyebabkan anemia
  - (h) Siklus haid tidak teratur
  - (i) Nyeri haid hebat, riwayat kehamilan ektopik, kelainan payudara jinak
  - (j) Diabetes mellitus tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf
  - (k) Penyakit tiroid, PID, endometriosis atau tumor jinak ovarium
  - (l) Menderita tuberculosis pasif
  - (m) Varises vena (Marmi, 2016: 200-201).
- 9) Yang tidak dapat menggunakan pil kombinasi
- (a) Hamil atau dicurigai hamil

- (b) Menyusui eksklusif
- (c) Perokok dengan usia 35 tahun
- (d) Penyakit hati akut
- (e) Kanker payudara atau dicurigai
- (f) Tidak dapat teratur menggunakan setiap hari
- (g) Riwayat DM
- (h) Riwayat hipertensi (Mulyani, 2013: 84).

10) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi

- (a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil
- (b) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid
- (c) Boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke 14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut
- (d) Setelah melahirkan: setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pasca keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari)
- (e) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid (Saifuddin, 2014: MK-33).



## b) Pil KB mini

### 1) Pengertian

Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormone progesterone dalam dosis rendah. Mini pil atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet (Mulyani dkk, 2013: 73).



Gambar 2.18  
Alat kontrasepsi pil mini  
Sumber: -

### 2) Jenis mini pil

Mini pil terbagi dalam 2 jenis yaitu:

- (a) Mini pil dalam kemasan dengan isi 28 pil yang mengandung 75 mikro gram desogestrel
- (b) Mini pil dalam kemasan dengan isi 35 pil yang mengandung 300 mikro gram levonogestrel atau 350 mikro gram noretindron (Mulyani dkk, 2013: 73).

### 3) Cara kerja

- (a) Menghambat ovulasi, karena terjadi penekanan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)

- (b) Mengubah dalam fungsi korpus luteum
- (c) Mencegah implantasi karena endometrium mengalami transformasi lebih awal
- (d) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- (e) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma menjadi terganggu (Marmi, 2016: 208-209).

#### 4) Efektifitas

Pil progestin atau mini pil sangat efektif (98,5%). Penggunaan yang benar dan konsisten sangat mempengaruhi tingkat efektifitasnya. Penggunaannya jangan sampai lupa dan jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare) karena kemungkinan terjadinya kehamilan sangat besar. Efektifitas penggunaan mini pil akan berkurang pada saat mengkonsumsi obat anti konvulsan (fenitoin), carbenzamide, barbiturate, obat anti tuberculosis (rifampisin), dan obat mukolitik asetilsistein (Marmi, 2016: 209).

#### 5) Manfaat

- (a) Manfaat kontrasepsi
  - (1) Sangat efektif bila digunakan dengan benar
  - (2) Tidak mengganggu hubungan seksual

- (3) Kesuburan cepat kembali
- (4) Tidak mempengaruhi ASI
- (5) Nyaman dan mudah digunakan
- (6) Sedikit efek samping
- (7) Dapat dihentikan setiap saat
- (8) Tidak mengandung estrogen

(b) Manfaat non kontrasepsi

- (1) Mengurangi nyeri haid
- (2) Mengurangi jumlah darah haid
- (3) Menurunkan tingkat anemia
- (4) Mencegah kanker endometrium
- (5) Melindungi dari penyakit radang panggul
- (6) Tidak meningkatkan pembekuan darah
- (7) Dapat diberikan pada penderita endometriosis
- (8) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi
- (9) Dapat mengurangi keluhan premenstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas merah)
- (10) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relative aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang

belum mengalami komplikasi (Saifuddin, 2014: MK-51).

6) Keterbatasan

(a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea)

(b) Peningkatan/penurunan berat badan

(c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama

(d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar

(e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat

(f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan) tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil

(g) Efektifitas nya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberculosis atau obat epilepsy

(h) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual (IMS) atau HIV/AIDS



- (i) Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka), tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2014: MK-52).

7) Efek samping penggunaan mini pil

- (a) Gangguan haid seperti perdarahan bercak, spotting, amenorea, dan haid tidak teratur
- (b) Peningkatan atau penurunan (fluktuasi) berat badan
- (c) Nyeri tekan payudara
- (d) Mual
- (e) Pusing
- (f) Perubahan mood
- (g) Dermatitis atau jerawat
- (h) Kembung
- (i) Depresi
- (j) Hirsutisme (pertumbuhan rambut atau bulu yang berlebihan pada daerah muka) tetapi sangat jarang (Mulyani dkk, 2013: 76).

8) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Telah memiliki anak maupun yang belum mempunyai anak
- (c) Pasca persalinan dan tidak menyusui

- (d) Menginginkan metode kontrasepsi efektif selama masa menyusui
- (e) Pasca keguguran
- (f) Tekanan darah <180/110 mmhg atau dengan masalah pembekuan darah
- (g) Tidak boleh mengkonsumsi estrogen/lebih senang memakai progestin
- (h) Peokok segala usia (Marmi, 2016: 211).

9) Kontra indikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang bekum jelas penyebabnya
- (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
- (d) Menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsy
- (e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (f) Sering lupa menggunakan pil
- (g) Mioma uteri
- (h) Riwayat stroke (Saifuddin, 2014: MK-52)

10) Waktu mulai menggunakan mini pil

- (a) Mulai hari pertama sampai hari ke 5 haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain
- (b) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari ke 5

haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja

- (c) Bila klien tidak haid (amenore), mini pil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil.

Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja

- (d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak haid, mini pil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh, tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan

- (e) Bila lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan klien telah mendapat haid, mini pil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid

- (f) Mini pil dapat diberikan segera pasca keguguran

- (g) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan mini pil, dapat segera diberikan bila saja kontrasepsi

sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu datangnya haid berikutnya

(h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, mini pil diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya. Tidak perlu penggunaan metode kontrasepsi lain

(i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan mini pil, mini pil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain

(j) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR, mini pil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR (Saifuddin, 2014: MK-53).

**c) Suntik kombinasi (1 bulan)**

1) Pengertian

Kontrasepsi suntik bulanan merupakan metode suntikan yang pemberiannya tiap bulan dengan jalan penyuntikkan secara intramuscular sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormone progesterin dan estrogen pada wanita usia subur. Penggunaan kontrasepsi suntik mempengaruhi hipotalamus yaitu menurunkan kadar FSH dan LH sehingga



perkembangan dan kematangan folikel de graaf tidak terjadi (Mulyani dkk, 2013: 87).



Gambar 2.19

Alat kontrasepsi suntik kombinasi

Sumber: <http://klinikbidangunungputri.blogspot.com/2016/04/pemilihan-kb-suntik.html>.

2) Jenis suntik kombinasi

- (a) Cyclofem berisi 25 mg DMPA dan 5 mg estradiol sipionat yang diberikan setiap bulan dengan cara suntik intramuscular
- (b) Kombinasi 50 mg noretindrone enantat dan 5 mg estradiol valerat yang diberikan setiap bulan dengan cara intramuscular (Marmi, 2016: 224).

3) Cara kerja

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- (c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Saifuddin, 2014: MK-36).

## 4) Efektifitas

KB suntik 1 bulan sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan (Mulyani dkk, 2013: 88).

## 5) Keuntungan

## (a) Keuntungan kontrasepsi

(1) Resiko terhadap kesehatan kecil

(2) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri

(3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam

(4) Klien tidak perlu menyimpan pil kontrasepsi

(5) Efek samping kecil

## (b) Keuntungan non kontrasepsi

(1) Mengurangi kejadian amenorea

(2) Mengurangi nyeri haid

(3) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium

(4) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium

(5) Mencegah kehamilan ektopik

(6) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause (Marmi, 2016: 226).

## 6) Kerugian

(a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting, perdarahan sela sampai 10 hari

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

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

(d) Efektifitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy atau obat tuberculosis

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

(f) Penambahan berat badan

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

(h) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Saifuddin, 2014: MK-37).

## 7) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak
- (c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi
- (d) Menyusui ASI pascapersalinan >6 bulan
- (e) Pascapersalinan dan tidak menyusui

- (f) Anemia
- (g) Nyeri haid hebat
- (h) Haid teratur
- (i) Riwayat kehamilan ektopik
- (j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Mulyani dkk, 2013: 90).

8) Kontra indikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil
- (b) Menyusui
- (c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (d) Penyakit hati akut (virus hepatitis)
- (e) Usia >35 tahun yang merokok

(f) Riwayat penyakit jantung, stroke atau dengan tekanan darah tinggi >180/110 mmHg

(g) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kecing manis >20 tahun



- (h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine
  - (i) Keganasan pada payudara (Marmi, 2016: 228).
- 9) Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi
- (a) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid dan tidak perlu kontrasepsi tambahan
  - (b) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain selama 7 hari
  - (c) Bila klien tidak haid, suntikkan pertama dapat diberikan setiap saat asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama 7 hari
  - (d) Bila klien menyusui jangan diberi suntikan kombinasi
  - (e) Pasca keguguran kontrasepsi kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari
  - (f) Ibu yang sedang menggunakan kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya

dengan kontrasepsi suntik kombinasi, selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya dengan benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid

(g) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu ingin menggantinya dengan suntik kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi lain

(h) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan asal saja ibu tersebut diyakini tidak hamil (Marmi, 2016: 229).

#### **d) Suntik tribulan atau progestin**

##### **1) Pengertian**

Suntik progestin atau tribulan adalah suatu sintesa progestin yang mempunyai efek progestin asli dari tubuh wanita dan merupakan suspensi steril medroxy progesterone acetate dalam air, yang mengandung progesterone asetate 150 mg (Marmi, 2016: 217).



Gambar 2.20

Alat kontrasepsi bulanan

Sumber: <http://duniakebidananwanita.blogspot.com/2016/08/sap-kb-suntik-3-bulan.html>

## 2) Jenis

- (a) Depomedroksiprogesteron asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular (di daerah bokong)
- (b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuscular (Saifuddin, 2014: MK-43).

## 3) Cara kerja

- (a) Mekanisme metode suntik keluarga berencana (KB) tribulan:
- (b) Menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan releasing factor dan hipotalamus
- (c) Leher serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri

(d) Menghambat implantasi ovum dalam endometrium  
(Mulyani dkk, 2013: 94).

4) Efektifitas

Suntik tribulan memiliki keefektifitasan yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Saifuddin, 2014: MK-44).

5) Keuntungan

- (a) Sangat efektif
- (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
- (e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- (f) Klien tidak perlu menyimpan pil
- (g) Dapat digunakan oleh perempuan >35 tahun sampai perimenopause
- (h) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- (i) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- (j) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul



(k) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (Marmi, 2016: 2018).

6) Keterbatasan

(a) Sering ditemukan gangguan haid seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting), tidak haid sama sekali

(b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan)

(c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut

(d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering

(e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, dan infeksi virus HIV

(f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian

(g) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang

(h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang

- (i) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat (Saifuddin, 2014: MK-44).

#### 7) Indikasi

- (a) Ibu usia reproduksi (20-35)
- (b) Ibu pascapersalinan
- (c) Ibu pascakeguguran
- (d) Ibu yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen
- (e) Nulipara dan yang telah mempunyai anak banyak serta belum bersedia untuk kb tubektomi
- (f) Ibu yang sering lupa menggunakan kb pil
- (g) Anemia defisiensi besi
- (h) Ibu yang tidak memiliki riwayat darah tinggi
- (i) Ibu yang sedang menyusui (Mulyani dkk, 2013: 96).

#### 8) Kontra indikasi

- (a) Hamil atau yang dicurigai hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea

(d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan diabetes dengan komplikasi (Marmi, 2016: 220).

9) Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik progestin

(a) Setiap saat selama siklus haid selama akseptor tidak hamil

(b) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid

(c) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil. Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual

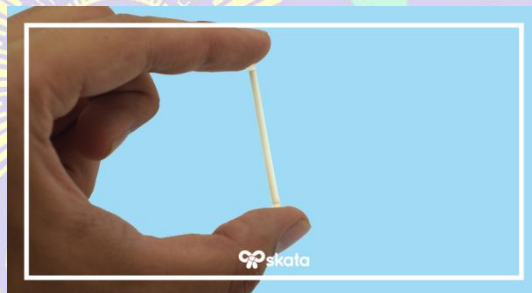
(d) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan bila ibu tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan atau tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang

(e) Bila ibu sedang menggunakan kontrasepsi suntikan jenis lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya (Marmi, 2016: 221-222).

### e) Implant

#### 1) Pengertian

Implant atau Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silicon, berisi levonogestrel, terdiri dari 6 kapsul kecil dan panjang 3 cm seesar batang korek apu yang disusukkan di bawah kulit lengan atas bagian dalam oleh dokter atau bidan yang sudah terlatih. Lengan yang dipasang implant biasanya lengan dari tangan yang tidak banyak digunakan beraktifitas ((Marmi, 2016: 235).



Gambar 2.21  
Kb susuk  
Sumber: .

#### 2) Jenis implant

##### (a) Norplant

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



## (b) Implanon dan sinoplant

Terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun

## (c) Jadena dan indoplant

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonogestrel dengan lama kerjanya 3 tahun

(Mulyani dkk, 2013: 111).

## 3) Cara kerja implant

Mekanisme kerja yang tepat dari implant belum jelas benar, seperti kontrasepsi lain yang hanya berisi progestin saja implant tampaknya mencegah terjadinya kehamilan melalui beberapa cara: mencegah ovulasi, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, perubahan lendir serviks menjadi kental sehingga menghambat pergerakan sperma (Marmi, 2016: 238).

## 4) Efektifitas

Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan) (Mulyani dkk, 2013: 109).

## 5) Keuntungan

(a) Secara kontrasepsi

- (1) Daya guna tinggi
  - (2) Perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun
  - (3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan implant
  - (4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
  - (5) Bebas dari pengaruh estrogen
  - (6) Tidak mengganggu hubungan saat senggama
  - (7) Tidak mengganggu produksi ASI
  - (8) Ibu hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
  - (9) Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan
- (Mulyani dkk, 2013: 112-113).

6) Efek samping

- (a) Perubahan pola perdarahan haid
- (b) Sakit kepala
- (c) Perubahan berat badan (biasanya meningkat)
- (d) Perubahan suasana hati (gugup atau cemas)
- (e) Depresi
- (f) Mual, perubahan selera makan, payudara lembek, bertambahnya rambut dibadan atau muka dan jerawat (Saifuddin, 2014: MK-62-63).

7) Kerugian

- (a) Implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih
- (b) Harga implant yang mahal
- (c) Implant dapat terlihat dibawah kulit
- (d) Implant sering mengubah pola haid (Mulyani dkk, 2013: 113).

8) Indikasi

- (a) Umur reproduksi (20-35 tahun)
- (b) Telah memiliki anak sesuai yang diinginkan atau tidak ingin menambah anak lagi tetapi saat ini belum mau menggunakan kontrasepsi mantap
- (c) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektifitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
- (d) Pascapersalinan dan sedang menyusui bayinya yang berusia 6 minggu atau lebih (Mulyani dkk, 2013: 114-115).

9) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (c) Ada benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara

- (d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
  - (e) Mioma uterus dan kanker payudara
  - (f) Ibu yang memiliki riwayat hipertensi
  - (g) Ibu yang memiliki riwayat diabetes melitus
- (Mulyani dkk, 2013: 115).

10) Waktu untuk memulai AKBK

- (a) Selama haid (dalam waktu 7 hari pertama siklus haid)
- (b) Pasca persalinan (3-4 minggu) bila tidak menyusukan bayinya
- (c) Pasca keguguran (segera atau dalam 7 hari pertama)
- (d) Sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan selama 6 bulan pascapersalinan)
- (e) Bila klien saat itu sedang memakai metode kontrasepsi lain dan ingin mengganti dengan implant maka waktu pemasangan terbaik dapat dilihat pada tabel:



Tabel 2.14  
Metode kontrasepsi dan ganti cara dengan implant

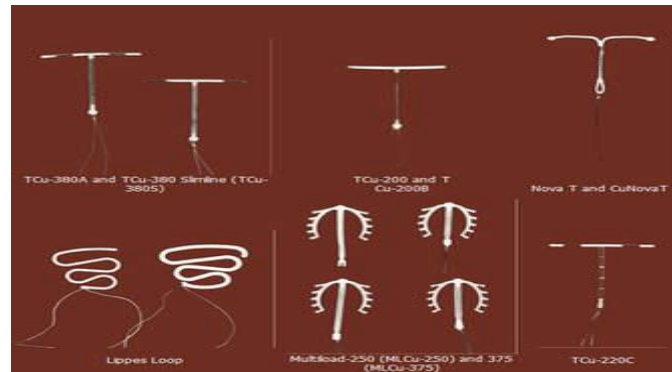
Metode yang sedang dipakai	Waktu pemasangan
KB alamiah atau barrier	Sebelum hari ke-7 siklus haid
Pil kombinasi	Setelah pil aktif terakhir (hari ke 21) dan untuk 7 hari berikutnya
Pil progestin	Pada hari terakhir pil diminum
Suntikan progestin/kombinasi	Setiap saat sampai jadwal suntik berikutnya
AKDR	Sudah dicabut: sebelum hari ke 7 dari siklus haid Masih terpasang: setiap saat, tetapi AKDR jangan dicabut selama 7 hari setelah pemasangan

Sumber: (Saifuddin, 2014: MK-68).

#### d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

##### a) Pengertian

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah satu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan dan masa aktif fungsi kontrasepsinya) yang di masukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang dan dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan (Marmi, 2016: 256).



Gambar 2.22

Alat kontrasepsi AKDR

Sumber: <http://media1.picsearch.com/is?44LZBakNFcIfhyT7KPeXd3EUpQONLYI6ECwMrgQGumoA&height=341>.

## b) Jenis IUD

- 1) Lippes-loop
- 2) Saf-T-Coil
- 3) Dana-super
- 4) Copper-T (Gyne-T)
- 5) Copper-7 (Gravigard)
- 6) Multiload
- 7) Progesterone IUD

Dari berbagai jenis IUD diatas, saat ini yang umum beredar di Indonesia ada 3 macam, yaitu

- 1) IUD Copper T, terbentuk dari rangka plastic yang lentur dan tembaga yang berada pada kedua lengan IUD dan batang IUD.
- 2) IUD Nova T, terbentuk dari rangka plastic dan tembaga. Pada ujung lengan IUD bentuknya agak melengkung

tanpa ada tembaga, tembaga hanya ada pada batang IUD.

- 3) IUD Mirena, terbentuk dari rangka plastic yang dikelilingi oleh silinder pelepas hormone levonolgestrel (hormone progesterone) sehingga IUD ini dapat dipakai oleh ibu menyusui karena tidak menghambat ASI (Mulyani dkk, 2016: 102).

c) Cara kerja

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Saifuddin, 2014: MK 80-82)

d) Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
- 2) Dapat efektif segera setelah pemasangan
- 3) IUD merupakan metode kontrasepsi jangka panjang

- 4) Tidak tergantung pada daya ingat
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 6) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan
- 7) Membantu mencegah kehamilan diluar kandungan (kehamilan ektopik) (Mulyani dkk, 2013: 103).

e) Kerugian

- 1) Dapat terjadi kehamilan diluar kandungan atau abortus spontan. Kematian ibu yang dikaitkan dengan pemakaian AKDR adalah kalau terjadi abortus septic spontan yang gejalanya seperti pilek, menggigil, demam, nyeri otot, mual, dan muntah
- 2) Keluhan suami

f) Efek samping yang umum terjadi:

- 1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- 2) Haid lebih lama dan banyak
- 3) Perdarahan spotting antar menstruasi
- 4) Saat haid lebih sakit (desminore)
- 5) Komplikasi lain:

- (a) Merasakan sakit dan kram perut selama 3-5 hari setelah pemasangan



(b) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang selama 1-2 hari

(c) Perdarahan hebat diwaktu haid atau diantaranya dapat memungkinkan penyebab anemia

(d) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar)

(e) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

(f) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan

(g) Penyakit radang panggul dapat terjadi setelah wanita dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas (Marmi, 2016: 265).

g) Indikasi

1) Usia reproduktif

2) Keadaan nulipara (yang belum mempunyai anak)

3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang

4) Ibu yang sedang menyusui

5) Setelah mengalami keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi

6) Risiko rendah IMS

7) Tidak menghendaki metode kontrasepsi hormonal  
(Mulyani dkk, 2013: 105)

h) Kontra indikasi

- 1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- 2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
- 3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitas, servisititis)
- 4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic
- 5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- 6) Penyakit trofoblas yang ganas
- 7) Diketahui menderita TBC pelvic
- 8) Kanker alat genital
- 9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Saifuddin, 2014: MK-83).

i) Waktu pemasangan IUD

- 1) IUD dapat dipasang kapan saja dalam siklus haid selama yakin tidak hamil
- 2) Pemasangan setelah persalinan: boleh dipasang dalam waktu 48 jam setelah persalinan
- 3) Dapat pula dipasang setelah 4 minggu pasca persalinan, dengan dipastikan tidak hamil

- 4) Antara 48 jam sampai 4 minggu pasca persalinan, tunda pemasangan, gunakan metode kontrasepsi lain
- 5) Setelah keguguran atau aborsi: jika mengalami keguguran dalam 7 hari terakhir, boleh dipasang jika tidak ada infeksi. Jika keguguran lebih dari 7 hari terakhir, boleh dipasang jika dipastikan tidak hamil
- 6) Jika terjadi infeksi, boleh dipasang 3 bulan setelah sembuh. Pakai metode kontrasepsi lain
- 7) Jika ganti dari metode yang lain: jika telah memakai metode lain dengan benar atau tidak bersenggama sejak haid terakhir, AKDR boleh dipasang (tidak hanya selama haid, termasuk melakukan MAL dengan benar) (Marmi dkk, 2013: 106-107).

**e. Kontrasepsi mantap**

**a) Tubektomi (MOW)**

1) Pengertian

Tubektomi adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi

(Mulyani dkk, 2013: 119).

2) Jenis

(a) Minilaparotomi

(b) Laparoscopi

### 3) Cara kerja

Dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Saifuddin, 2014: MK-91).

### 4) Efektifitas

(a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan

(b) Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan)

(c) Efektifitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektifitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya.

Metode dengan efektifitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan (Saifuddin, 2014: MK-89).

### 5) Kelebihan

(a) Efektifitas hampir 100%

(b) Tidak mempengaruhi libido seksual

(c) Kegagalan dari pihak pasien tidak ada

(d) Tidak mempengaruhi proses menyusui



- (e) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (f) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan anestesi local
- (g) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (h) Lebih aman, lebih praktis, dan efisien (Marmi, 2016: 208).

6) Kekurangan

- (a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi
- (b) Pasien dapat menyesal dikemudian hari
- (c) Risiko komplikasi kecil (meingkat apabila digunakan anestesi umum)
- (d) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka oendek setelah tindakan
- (e) Tidak melindungi dari IMS,HBV dan HIV/AIDS (Mulyani dkk, 2013: 126).

7) Indikasi

- (a) Usia >26 tahun
- (b) Paritas >2
- (c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai kehendaknya
- (d) Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius

- (e) Pascapersalinan
- (f) Pascakeguguran
- (g) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedurnya (Saifuddin, 2014: MK-92).

8) Kontra indikasi

- (a) Hamil
- (b) Perdarahan vaginal yang belum jelas
- (c) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut
- (d) Belum memberikan persetujuan tertulis
- (e) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (f) Usia dibawah 30 tahun yang belum dan masih ingin memiliki anak (Marmi, 2016: 310).

9) Waktu pelaksanaan tubektomi

- (a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil
- (b) Hari ke 6 hingga ke 13 dari siklus mestruasi (fase poliferasi)
- (c) Pasca keguguran 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu
- (d) Pascakeguguran dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (Saifuddin, 2014: MK-93).

**b) Vasektomi (MOP)**

1) Pengertian

Vasektomi merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang dangat aman, sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan enestesi umum (Marmi, 2016: 332).

## 2) Jenis-jenis vasektomi

- (a) Vasektomi tanpa pisau (VTP atau No-scalpel vasectomy)
- (b) Vasektomi dengan insisi skrotum (tradisional)
- (c) Vasektomi semi permanen (vas deferens yang diikat dan bisa dibuka kembali) (Mulyani dkk, 2013: 131).

## 3) Keuntungan

- (a) Teknik operasi kecil dan sederhana, bisa dilakukan setiap saat
- (b) Komplikasi yang ditemukan tidak terlalu berat
- (c) Efektifitas hampir 100%
- (d) Biaya murah terjangkau masyarakat
- (e) Bisa dilakukan operasi rekanalisasi
- (f) Efektif, aman, sederhana, cepat
- (g) Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anestesi local biasa (Marmi, 2016: 334).

#### 4) Keterbatasan

- (a) Permanen (not reversible) dan timbul masalah bila klien menikah lagi
- (b) Bila tidak siap ada kemungkinan menyesal dikemudian hari
- (c) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
- (d) Risiko dan efek samping pembedahan kecil
- (e) Ada nyeri/rasa tak nyaman pascapembedahan
- (f) Perlu tenaga pelaksana terlatih
- (g) Tidak melindungi klien terhadap PMS (Saifuddin, 2014: MK-96).

## 2.2 Konsep dasar asuhan kebidanan

### 2.2.1 Konsep dasar asuhan kebidanan kehamilan

#### 1. Pengkajian

##### A. Data subjektif

Data subjektif, berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah:

#### 1) Biodata

##### a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat



dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2010: 159).

b) Umur

primigravida kurang dari 16 tahun lebih dari 35 tahun merupakan batas awal dan akhir reproduksi yang sehat. Terjadi penyulit pada kehamilan dini (Manuaba, 2012: 117). Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklamsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden abrupsi plasenta, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesario, kelahiran preterm (Varney, 2008: 120).

c) Agama

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

d) Pekerjaan

Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan di pilih selama asuhan (Walyani, 2015: 119).

e) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya,

sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Diah, 2010: 132).

f) Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Diah, 2010: 132).

g) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Ambarwati, 2010: 90).

2) Keluhan utama

Menurut Varney dkk (2007: 540-543) untuk mengetahui yang mendorong pasien ke petugas. Pada ibu hamil trimester III keluhan-keluhan yang sering dijumpai adalah:

a) Edema dependen

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

b) Nokturia

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

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

d) Sesak napas

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

e) Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesterone, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang

kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesterone dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

f) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

g) Nyeri punggung bawah

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

h) Varises

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



i) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Progesterone juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan pada vena hemoroid.

3) Riwayat kesehatan

a) Penyakit yang pernah dialami (yang lalu)

Wanita yang mempunyai riwayat kesehatan buruk atau wanita dengan komplikasi kehamilan sebelumnya, membutuhkan pengawasan yang lebih tinggi pada saat kehamilan karena hal ini akan dapat memperberat kehamilan bila ada penyakit yang telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes miletus, anemia dan penyakit menular seksual (Marmi, 2014: 108).

b) Penyakit yang pernah dialami (sekarang)

(1) Gonorea

Gonorea dapat menyebabkan vulvovaginitis dalam kehamilan dengan keluhan fluor albus dan disuria (Saifuddin, 2010: 407).

(2) Hipertensi esensial

Hipertensi yang banyak dijumpai adalah hipertensi esensial jinak dengan tekanan darah 140/90 mmHg dan 160/100 mmHg. Terdapat kemungkinan bahwa kehamilan yang disertai hipertensi esensial sewaktu-waktu dapat menjadi pre-eklamsi tidak murni yang disertai gejala protein urine serta odema (Manuaba, 2010: 335).

(3) Asma

Pengaruh asma pada ibu dan janin akan sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen (O<sub>2</sub>) atau hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan premature atau berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin) (Saifuddin, 2006: 490).

#### (4) Sifilis

Sifilis mudah ditularkan ke janin melalui plasenta. Sifilis yang tidak diobati dikaitkan dengan aborsi spontan, kematian janin intrauterine, kematian neonatus, dan sifilis congenital. Sampai 80% ibu hamil dengan sifilis yang tidak diobati mengalami mortalitas dan morbiditas (Walsh, 2012: 438).

#### (5) Anemia

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi dan merupakan jenis anemia yang pengobatannya relative mudah. Anemia dalam kehamilan disebut “potensi danger to mother and child” (potensi membahayakan ibu dan anak), oleh sebab itu anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan (Manuaba, 2010: 237).

#### (6) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan

keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2012: 345).

(7) Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini pada saat kehamilan tidak menembus plasenta tetapi menimbulkan gangguan pada plasenta dengan akibat abortus dan missed abortion atau prematuritas sampai lahir mati (Manuaba, 2012: 334).

(8) Infeksi TORCH

Semua infeksi Torch meliputi komponen toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus, dan herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan congenital dalam bentuk yang hampir sama yaitu mikrosefalus, ketulian, kebutaan, abortus, prematuritas dan pertumbuhan janin terhambat (Manuaba, 2012: 340).

(9) HIV/AIDS

Kehamilan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertikal



virus AIDS dari ibu kepada janinnya terjadi melalui plasenta. Pengobatan infeksi HIV dan penyakit oportunistiknya dalam kehamilan merupakan masalah, karena banyak obat belum diketahui dampak buruknya terhadap kehamilan (Wiknjosastro,2005: 556-557).

#### (10) Hepatitis B

Penularan HBV ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 15% dari ibu terinfeksi. Resiko penularan pada bayi dikaitkan dengan status antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositif untuk baik HbsAg dan HbeAf mengalami resiko tinggi penularan ke neonatus mereka (Walsh, 2012: 443).

#### (11) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamlan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin (Marmi, 2010: 161). Bila bidan mencurigai terjadi penyakit jantung pada kehamilan sebaiknya melakukan rujukan atau konsultasi kepada dokter, pertolongan pasien

hamil disertai penyakit jantung dengan resiko tinggi, sebaiknya dilakukan di RS dengan fasilitas yang mencukupi (Manuaba, 2012: 334).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes, meskipun tidak diturunkan secara genetic, 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 rasa tertentu (Fraser dkk, 2009). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetic atau keturunan (Saifuddin, 2009: 160).

d) Riwayat kebidanan

(1) Menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu dikaji adalah umur menarche, siklus, lamanya darah, dan adanya dimenorea. Selain itu, kaji pula HPHT (Hari Pertama Haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang perlu untuk menentukan usia kehamilan,

apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Rohani, 2011: 165). Taksiran persalinan dihitung dengan menambah 9 bulan dan 7 hari pada tanggal hari pertama haid terakhir yang di alami ibu (Fraser dkk, 2009:251). Metode ini mengasumsikan bahwa :

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

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

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

(a) Menarche

Usia pertama kali mengalami menstruasi.

Wanita Indonesia umumnya mengalami menarche sekitar 12-16 tahun.

(b) Siklus

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

(c) Volume

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

(d) Keluhan

Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi, misalnya nyeri hebat, sakit kepala, sampai pingsan dan jumlah darah yang banyak ada beberapa keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat



menunjukkan kepada diagnosis tertentu.

(Sulistyawati, 2011:167).

(2) Kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2014: 90) jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu, satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dua kali pada triwulan ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar. Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda (Nurhidayah, 2014:482). Pergerakan janin pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani, 2008:67). Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikososialnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia

menyesuaikan diri menghadapi menjadi ibu  
(Retna, 2008:267).

(3) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Jumlah kehamilan, anak yang lahir hidup, persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (dengan forcep, atau dengan SC), riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas, sebelumnya, hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya, berat bayi sebelumnya, 2500 atau >4000, masalah-masalah lain yang dialami, riwayat kebidanan yang lalu membantu dalam mengelola asuhan pada kehamilan ini (konseling khusus, test, tindak lanjut, dan rencana persalinan).

(Rukiyah,2009:146)

(4) Riwayat KB

Jenis kontrasepsi yang pernah dipakai, efek samping, alasan berhentinya penggunaan alat kontrasepsi, dan lama penggunaan kontrasepsi  
(Rohani, 2011:65).

e) Riwayat sosial

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama klien menikah, sudah berapa kali klien menikah, berapa umur klien dan suami pada saat menikah, sehingga dapat diketahui apakah klien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan. Selain itu secara normal juga untuk mengetahui apakah anak yang dikandungnya sah secara hukum atau anak hasil hubungan di luar nikah karena dapat berpengaruh terhadap penerimaan ibu terhadap kehamilannya (Romauli, 2011: 67).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Menurut Saifuddin (2009: 286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan :

(a) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya pre eklamsia. Jumlah

pertambahan berat badan sebaiknya melebihi 10-12 kg selama hamil.

(b) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ikan, ayam, keju, susu, telur). Definisi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia dan oedema.

(c) Kalsium

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

(d) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera



mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 mg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama the atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan.

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari peningkatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

(e) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan

oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta (Cunningham, 2006: 259).

Tabel 2.15  
Nutrisi pada ibu hamil

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

Sumber: (Permenkes RI No. 41. 2014: 89)

(2) Eliminasi

(a) Buang Air Kecil (BAK)

Peningkatan frekuensi berkemih pada TM III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah lightening. Lightening menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk kedalam

panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011: 134).

(b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltic yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan hormone progesterone. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011: 137).

(3) Istirahat

Wanita hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk, berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil tidur malam kurang lebih sekitar 8 jam setiap istirahat dan tidur siang kurang lebih 1 jam (Marmi, 2011: 124).

(4) Aktivitas

Kita perlu mengkaji kebiasaan sehari-hari pasien karena data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang biasa

dilakukan oleh pasien di rumah (Romauli, 2011: 171). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2009: 287).

(5) Personal hygiene

Menurut Marmi (2011: 120-122) personal hygiene sangat diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Kebersihan yang perlu diperhatikan meliputi:

(a) Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak di pakai tidak boleh menekan badan. Penggunaan bra yang dapat menopang payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara.

(b) Sepatu atau sandal hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah.

(c) Perawatan gigi, hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis, hyperemesis gravidarum, hipersalivasi dapat



menimbulkan timbunan kalsium disekitar gigi. Pemeriksaan gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi penyebab infeksi.

(d) Pemeliharaan payudara

penyiapkan payudara untuk proses laktasi dapat dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu menggunakan perasat Hoffman.

(e) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, memakai celana yang bersih, jangan berendam dan lain-lain.

(6) Riwayat seksual

Menurut Saifuddin (2009: 160), 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.

(7) Riwayat ketergantungan

(a) Merokok

Wanita yang merokok selama masa hamil juga meresikokan janinnya mengalami penurunan perfusi uteroplasenta dan penurunan oksigenasi. Bayi yang lahir dari wanita yang merokok lebih dari 1/2 pak per hari cenderung lebih kurus daripada bayi yang lahir dari wanita bukan perokok. Selain itu, bayi yang lahir dari lingkungan rumah yang penghuninya merokok mengalami efek jangka panjang. Peningkatan insiden sudden infant death syndrome (SIDS), penyakit meningokokus, pneumonia, asma, bronchitis, demam dan infeksi telinga (Wheeler, 2004: 12).

(b) Alcohol

Alcohol adalah teratogen dan sindrom alcohol janin (fetal alcohol syndrome (FAS)), digunakan untuk menggambarkan

malformasi congenital yang berhubungan dengan asupan alcohol yang berlebihan selama hamil (Fraser dkk, 2009: 168).

(c) Obat terlarang

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

(8) Dukungan situasional

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

(9) Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap

makanan yang berasal dari daging, ikan, telur dan goreng-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Romauli, 2011: 169-170).

(10) Psikososial dan spiritual ibu hamil trimester III

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: 95-96).

## **B. Data Objektif**

### 1) Pemeriksaan umum

#### a) Keadaan umum

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

(1) Baik : Jika pasien memperlihatkan respons yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan (Sulistyawati,2011:174).

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

b) Kesadaran : Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien kita dapat melakukan pengkajian

tingkat keasadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati,2011:175).

c) Tanda-tanda vital (TTV)

(1) Tekanan Darah (TD)

Penentuan tekanan darah sangat penting pada masa hamil karena peningkatan tekanan darah dapat membahayakan kehidupan ibu dan bayi.

Pada kehamilan normal, tekanan darah sedikit menurun sejak minggu ke delapan. Kondisi ini menetap sepanjang trimester kedua dan kemudain mulai kemabali ke tekanan darah sebelum hamil. Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70 sampai 130/90 mmHg wanita yang tertekan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita tersebut adalah nulipara dengan sistolik lebih dari 120 mmHg, ia beresiko mengalami preeklampsia (Marmi,2014:163).

(2) Nadi

Denyut nadi maternal mungkin sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi lebih dari 100 dpm. Periksa adanya eksoflatmia dan hipereleksia yang menyertai (Marmi,2014:163).

(3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5 derajat celcius. Bila suhu tubuh lebih dari 37 derajat celcius perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli,2011:173)

(4) Pernapasan

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

2) Pemeriksaan antropometri

a) Berat Badan (BB)

Pertumbuhan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat keterlambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin

intrauterine (*Intra-Uterin Growth Retardation-IUGR*).

$$\text{IMT} = \text{BBIH} = \text{BBI} (\text{UK} \times 0,35)$$

Keterangan:

BBIH = berat badan ibu hamil

UK = Usia kehamilan (dalam minggu)

0,35 = tambah berat badan per minggunya

Penjelasannya sebagai berikut:

BBI = (TB-110) jika tinggi badan diatas 160

BBI = (TB-105) jika tinggi badan dibawah 160

BBI = (TB-100) jika tinggi badan dibawah 150  
(Manuaba, 2010: 173).

Tabel 2.16  
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, 2011 :180

b) Tinggi Badan (TB)

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Karena tinggi yang pasti sering klai tidak diketahui dan tinggi badan berubah seiring peningkatan usia wanita, tinggi badan harus diukur pada saat kunjungna awal (Marmi,2014:163).



c) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronis (KEK) (Jannah,2012:136).

Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR).

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

3) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

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

b) Muka

Tampak *cloasma gravidarium* pada daerah wajah akibat dari pengaruh keluarganya *melanophore stimulating hormone* *hipofisis anterior* (Marmi,2011:102). Edema pada muka atau edema

seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya *preeklampsia* (Saifuddin,2011:543).

c) Mata

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

d) Hidung

Adakah pernafasan cuping hidung dan adakah pengeluaran sekret (Ummi,2011:92).

e) Telinga

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

f) Mulut dan gigi

Menurut Manuaba (2010: 122), saat hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis hiperemesis gravidarum, hipersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar gigi. Memeriksa gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi.

## g) Leher

Kelenjar tiroid sedikit membesar selama masa hamil akibat hiperplasia anatomi ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan dan setiap pembesaran yang signifikan perlu diteliti. Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil karena banyak gejala hipotiroidisme, yakni kelelahan, penambahan berat, dan konstipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan. Tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis, pada penyakit jantung dapat ditemukan adanya pembendungan vena dileher (Marmi,2014:166).

## h) Dada

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

## i) Payudara

Payudara harus diperiksa untuk mendeteksi setiap massa yang mungkin ganas, adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulia keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah

mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya.

Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romauli,2011:174).

j) Ketiak

Pemeriksaan daerah ketiak untuk mengetahui adanya pembengkakan kelenjar limfe (Sulistyawati,2011:176).

k) Abdomen

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

l) Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi, dan memar.

Pemeriksaan menyeluruh biasanya dilakukan dengan memisah labia mayora dari minora dan dengan perlahan menarik ujung klitoris. Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk



mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini. Kondiloma akuminata berbentuk seperti kembang kubis (*cauliflower*) dengan ditengahnya jaringan ikat akan di tutup terutama bagian atas oleh epitel dengan hyperkeratosis. Penyakit terdapat dalam bentuk kecil dan besar, sendirian atau suatu kelompok. Lokasinya di vulva, perineum, perineal, pada vagina dan serviks uteri. Selain itu, biasanya juga terdapat leukore. Kondiloma akumiata menandakan adanya penyakit gonore. Sedangkan kondiloma lata mempunyai ciri berbentuk bundar, pinggirnya basah dan ditutup oleh eksudat yang berwarna kelabu. Adanya kondiloma lata ini mempunyai arti diagnostic adanya penyakit sifilis. (Winkjosastro, 2009:274).

m) 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. 2008:539).

n) Ekstermitas

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

4) Pemeriksaan khusus

a) Menentukan usia kehamilan

(1) Menurut Mochtar (2012: 41) cara menentukan tua nya kehamilan dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu atau ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “feeling life” (quickening).

(2) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara spiegelberg yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm di bagi 3,5 merupakan tua nya kehamilan dalam bulan.

(3) Menurut Manuaba (2010: 120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold 1 pada trimester III.

Tabel 2.17  
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

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

Sumber: (Manuaba dkk, 2010: 120).

(4) Menurut Manuaba (2010: 128) menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu:

(a) Mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu

(b) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36

(c) Mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin

(d) Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

b) Pemeriksaan Leopold

(1) Leopold 1

Menurut Muflihah (2014: 52-53) mengetahui bagian janin yang ada di fundus dan mengukur tinggi fundus uteri (TFU). Caranya dengan meminta klien menekuk kakinya dan abdomen dikumpulkan ke tengah untuk menentukan fundus uteri. Abdomen bagian atas kemudian diraba, apakah lunak atau keras. Jika lunak



maka bokong dan jika keras maka kepala  
keterangan:

- (a) Apakah kepala janin di bagian fundus, yang akan teraba adalah keras, bundar, dan melenting (seperti mudah digerakkan).
- (b) Apabila bokong janin teraba dibagian fundus, yang akan terasa adalah lunak, kurang bundar, dan kurang melenting.
- (c) Fundus kosong apabila posisi janin melintang pada rahim. Tinggi Fundus Uteri (TFU) dapat digunakan untuk menentukan usia kehamilan atau menentukan berat janin.



Gambar 2.23

Posisi Leopold I

Sumber: Manuaba, 2010:118

## (2) Leopold II

Tujuan pemeriksaan Leopold II adalah untuk menentukan bagian janin yang ada di samping

kanan dan kiri perut ibu. Caranya meraba salah satu sisi samping perut ibu dengan menekan sisi lainnya. Hasil pemeriksaan berupa punggung kanan (puka) atau punggung kiri (puki). Bagian punggung akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan. Bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif. Teknik pemeriksaan:

- (a) Menghadap ke kepala pasien, letakkan kedua tangan pada kedua sisi perut ibu dan tekan secara lembut tapi dalam.
- (b) Tahan satu tangan di satu sisi perut pasien sementara permukaan jari pada tangan yang lain secara bertahap memalpassi abdomen ibu disisi yang lain, dari segmen atas ke bawah uterus. Lakukan serupa pada sisi abdomen yang lain.

(c) Palpasi janin

Variasi Budin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin

(Manuaba, 2010: 118). Variasi Ahfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 1020: 119).



Gambar 2.24  
Posisi Leopold II

Sumber: Manuaba, 2010:118

### (3) Leopold III

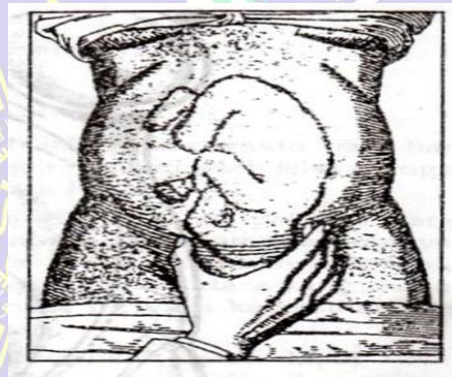
Tujuan pemeriksaan Leopold III adalah untuk menentukan bagian terbawah di atas simfisis ibu dan bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau masih bisa digoyangkan (Manuaba, 2010: 119). Teknik pemeriksaan:

- (a) Pegang bagian bawah abdomen secara mantap tepat diatas simfisis pubis, di antara ibu jari dan jari-jari salah satu tangan.

- (b) Tekan ibu jari dan jari-jari tangan bersamaan sebagai usaha untuk memegang bagian presentasi janin.

Keterangan:

Jika kepala masih bisa digoyangkan maka kepala belum masuk PAP. Pada tahap ini boleh dilakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ), karena letaknya antara punggung dan kepala (Muflihah, 2014: 52-53).



Gambar 2.25  
Posisi Leopold III  
Sumber: Manuaba, 2010:119

- (4) Leopold IV

Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Bila bagian terendah janin masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila belum masuk PAP maka tangan



pemeriksa convergen (Manuaba, 2010: 119).

Teknik pemeriksaan:

- (a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
- (b) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian terbawah
- (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 (Muflihah, 2014: 52-53).

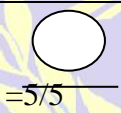
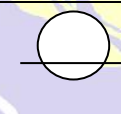
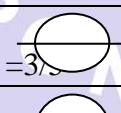
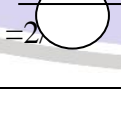
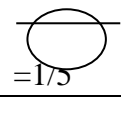
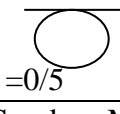


Gambar 2.26  
Posisi Leopold IV  
Sumber: Manuaba, 2010:119

- c) Penurunan bagian terbawah janin

Penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008:44), dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada diatas tepi simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (Perlimaan). Penurunan kepala dengan metode perlimaan ini dapat dilakukan dengan palpasi abdominal atau Leopold, dengan menggunakan teknik jari tangan seorang pemeriksa untuk meraba kepala janin berada pada station atau hodge berapa. Dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 2.18  
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Periksa Luar	Periksa Luar	Keterangan
 =5/5		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
 =4/5	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum panggul
 =3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 =1/5	H III-IV	Kepala didasarpanggul
 =0/5	H IV	Di perineum

Sumber :Marmi, 2011

d) Pemeriksaan Osborn tes

Tujuan pemeriksaan Osborn Tes adalah untuk mengetahui adanya DKR (disposisi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan test Osborn adalah sebagai berikut :

(1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu

(2) Tangan kiri mendorong kepala janin masuk PAP. Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisis, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah tangan kanan. Apabila lebar tonjolan lebih dari 2 jari, maka hasil test Osborn adalah positif (+). Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari, maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu ( $\pm$ ). Dengan pertambahan usia kehamilan, ukiran kepala diharapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (moulase). ( Yeyeh, 2011:355).

e) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mc. Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur,

dengan cara memegang tanda nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010: 100).

Tabel 2.19  
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simpisis pubis
16 minggu	-	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)	Antara umbilicus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
Minggu 36 minggu	36 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: (Manuaba dkk, 2010:120).

f) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama



persalinan. Menurut Mochtar (2012: 41) menurut rumusnya johnsan tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-n) x 155=berat badan (g). bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n=12, dan bila kepala dibawah spina iskiadika maka n=11. Tafisran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III menurut Manuaba (2010: 89).

Tabel 2.20  
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

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

Sumber: (Manuaba dkk, 2010: 89).

g) Auskultasi

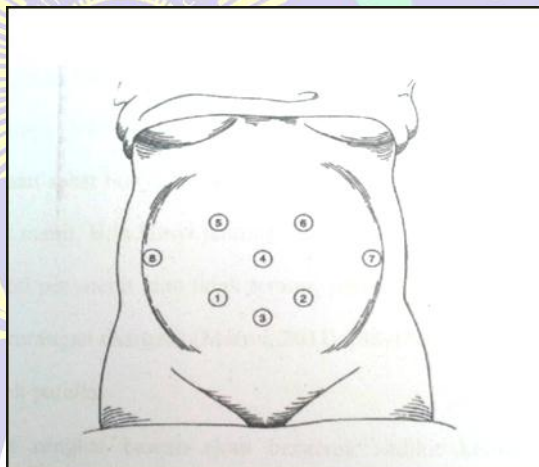
Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012: 116).

Bila denyut jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2014: 188-189). 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 teratur, frekuensi 132 per menit, 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 dari 2. Untuk letak punctum maksimum pada kehamilan dengan posisi janin normal dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2.27

Letak Punctum Maksimun Pada Posisi Normal

Sumber: Wheeler, 2008

Keterangan:

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilicus berada dipertengahan angka 3 dan 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula didengarkan di

pertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan dipertengahan garis imajiner yang ditarik dari umbilicus sampai pertengahan sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan, dengarkan langsung diatas umbilicus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilicus, mendekati panggul.

h) Pemeriksaan panggul

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. Panggul dibagi menjadi 2 yaitu panggul luar dan panggul dalam (Marmi, 2011: 173).

(1) Menurut Marmi (2011: 171) pemeriksaan panggul luar yaitu:

- (a) *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan normalnya  $\pm 23-26$  cm.

(b) Distantia kristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri normalnya  $\pm 26-29$  cm.

(c) Conjunctiva eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas simpisis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke V normalnya  $\pm 18-20$  cm.

(d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas simpisis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter mayor sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain normalnya  $80-90$ .

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina iskiadika tidak teraba, os. Sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis  $>90^{\circ}$  (Marmi, 2011: 175-176).

5) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah

(1) Haemoglobin



Pemeriksaan dan pengawasan haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahil. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahil dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika Hn 11 gr%, anemia ringan jika Hb 9-10 gr%, anemia sedang jika Hb 7-8 gr%, anemia berat jika Hb <7 gr% (Manuaba, 2012: 239).

### (2) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh).

Ibu dengan rhesus negative beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi antigammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibody, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser dkk, 2009: 255).

### (3) HbsAg

HbsAg merupakan pertanda serologik infeksi virus hepatitis B pertama yang muncul di dalam serum dan mulai terdeteksi antara 1 sampai 12 minggu pasca infeksi, mendahului munculnya

gejala klinik serta meningkatnya SGPT. Selanjutnya HbsAg merupakan satu-satunya pertanda serologik selama 3-5 minggu. Pada kasus yang sembuh, HbsAg akan hilang antara 3 sampai 6 bulan pasca infeksi sedangkan pada kasus kronis, HbsAg akan tetap terdeteksi sampai lebih dari 6 bulan. HbsAg positif yang persisten lebih dari 6 bulan didefinisikan sebagai pembawa (carrier). Sekitar 10% penderita yang memiliki HbsAg positif carrier, dan hasil ujian dapat tetap positif selama bertahun-tahun. Pemeriksaan HbsAg secara rutin dilakukan pada pendonor darah untuk mengidentifikasi antigen hepatitis B. transisi hepatitis B melalui transfusi sudah hampir tidak terdapat lagi berkat screening HbsAg pada darah pendonor. Namun, meskipun insiden hepatitis B terkait transfusi sudah menurun, angka kejadian hepatitis B tetap tinggi. Hal ini terkait dengan transmisi virus hepatitis B melalui beberapa jalur, yaitu parental, perinatal, atau kontak seksual. Orang yang beresiko tinggi terkena infeksi hepatitis B adalah orang yang bekerja di sarana kesehatan,

ketergantungan obat, suka berganti-ganti pasangan seksual, sering mendapat transfusi, hemodialisa, bayi baru lahir yang tertular dari ibunya yang menderita hepatitis B (Marmi,2011:182).

#### (4) HIV/AIDS

Infeksi HIV pada ibu hamil bisa menembus ke janin selama kehamilan, saat melahirkan, atau selama menyusui. Virus HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS. Ibu hamil juga perlu melakukan tes laboratorium Anti HIV. Tes ini memiliki tujuan untuk mendeteksi kemungkinan virus HIV yang bisa menular kepada calon bayi. Selain itu, ibu hamil yang memiliki HIV perluy melakukan sejumlah terapi agar kehamilannya menjadi aman bagi janin. Tes ini dilakukan pada trimester I. Bila ternyata ibu positif HIV, penanganan medis akan dilakukan untuk mengurangi risiko penularan HIV kepada bayi (Sulistyawati, 2016:67).

b) Pemeriksaan urine

Menurut Fraser dkk (2009: 255) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

- (1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- (2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- (3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

c) Ultrasonografi (USG)

Menurut Romauli (2011: 72) penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- (1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS=Gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu.



(2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI=Groun Rum Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu.

(3) Dengan mengukur diameter biparietal (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 minggu.

d) 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: 190).

e) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati. Terdiri dari kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014: 12).

## 2. Diagnosa kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan,

bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria :

- A. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- B. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- C. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : GPAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba,2012:123). 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 et al, 2008:538).

### 3. Intervensi

- A. Diagnose

G...P....A....P.....I...A....H, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauterin, situs bujur, habitus fkleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba,2012).

1) Tujuan :Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan

2) Kriteria Hasil :

- a) Keadaan umum baik
- b) Kesadaran composmentis
- c) Tanda-tanda vital normal (TD: 100/70-130/90 mmHg, N: 76-88x/mnt, S: 36,5-37,5 derajat celcius, RR: 16-24 x/mnt).
- d) Pemeriksaan laboratorium
- e) Hb  $\geq$  11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
- f) DJJ 120-160x/mnt, kuat, irama teratur
- g) TFU sesuai dengan usia kehamilan
- h) Situs bujur dan presentasi kepala (Manuaba, 2012:123)

3) Intervensi

Intervensi menurut Varney dkk (2008:554) :

- a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.  
R/ Bila ibu mengerti keadaanya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.
- b) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.  
R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- c) 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.

- d) 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.

- e) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kecacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi,2011:128).

- f) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.



R/Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

- g) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/Memantau keadaab ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

4) Masalah

(a) Masalah 1 : Edema dependen

(1) Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan perubahan yang fisiologis (edema dependen)

(2) Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

(3) Intervensi :

- (a) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekana pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

- (b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggiakn.

R/ Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

- (c) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

- (d) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstermitas bawah.

- (e) Anjurkan pada ibu mengguanakan penyokong korset.

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul. (Varney et al,2008:540)

- (b) Masalah 2 : Sering berkemih/Nokturia

(1) Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia).

(2) Kriteria :

- (a) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

(b) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

(3) Intervensi menurut Varney et al, (2008:540) :

(a) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing.

R/Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

(b) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, the, *softdrink*.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(d) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

(c) Masalah 3 : Konstipasi

(1) Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

(2) Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari,  
konsistensi lunak

(3) Intervensi :

(a) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola  
BAB teratur.

R/Berperan besar dalam menentukan waktu  
defekasi, tidak mengukur dapat  
menghindari pembekuan feses.

(b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan,  
serat dalam diet.

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses  
tidak terlalu padat, keras.

(c) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas  
(terutama ketika perut kosong).

R/Dengan minum panas/dingin sehingga  
dapat memnagsang BAB.

(d) Anjurkan ibu melakukan latihan secara  
umum, bejalan setiap hari, pertahankan  
postur tubuh, latihan kontraksi otot  
andomen bagian bawah secara teratur.

R/Memfalitisi sirkulais vena sehingga  
mencegah kongesti pada usus besar.

(Varney et al,2007:539)



(d) Masalah 4 : Hemoroid

(1) Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

(2) Kriteria :

(a) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

(b) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

(3) Intervensi menurut Varney et al, (2008:539) :

(a) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi.

R/Makan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

(b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi.

R/Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

(c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi.

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

(e) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

(f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

(e) Masalah 5 : Kram pada kaki

(1) Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis(kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

(2) Kriteria :

(a) kram pada kaki berkurang

(b) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

(3) Intervensi :

(a) Jelaskan penyebab kaki kram.

R/ Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

(b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/ Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O<sub>2</sub> ke jaringan sel terpenuhi.

(c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/ Mengurangi penekanan yang laman pada kaki sehingga aliran darah lancar.

(e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/ Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang. (Varney et al,2008;540).

(f) Masalah 6 : Sesak nafas

(1) Tujuan : Ibu mamou beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O<sub>2</sub> ibu terpenuhi.

(2) Kriteria :

- (a) Frekuensi pernapasan 16-24 x/mnt
- (b) Ibu menggunakan pernapasan perut.

(3) Intervensi :

- (a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus.

- (b) Anjurkan iibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/ Menghindari penekan diafragma.

- (c) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

- (d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R/ Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O<sub>2</sub>.

- (e) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Peregangan tulang meringankan penarikan nafas.(Varney et al,2008:543).

- (g) Masalah 7 : Nyeri punggung bawah



(1) Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung).

(2) Kriteria : Nyeri punggung berkurang

(3) Intervensi :

(a) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarakan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bengkit dari posisi setenagh jongkok.

(b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vetebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

(c) Anjurkan tidur miring kiri dan perut di ganjal bantal.

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(d) Gunakan sepatu tumit rendah.

R/ Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

(e) Gunakan kasur yang menyongkong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/ Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan terikan dan regangan. (Varney et al,2008:542).

(h) Masalah 8 : Varises

(1) Tujuan : tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah.

(2) Kriteria : tidak terdapat varises

(3) Intervensi :

(a) Kenakan kaos kaki penyokong.

R/ Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

- (b) Hindari mengenakan pakainya ketat.

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

- (c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/ Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

- (d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

R/ Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

- (e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korest.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul. (Varney et al,2008:540)

- (i) Masalah 9 : Nyeri dan panas ulu hati (heart burn)

(1) Tujuan : tidak terjadi heart burn .

(2) Kriteria : Ulu hati tidak terasa nyeri.

(3) Intervensi:

Intervensi menurut Varney dkk (2007: 538):

- (a) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri ulu dan panas ulu hati (heart burn) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/ ibu mengerti penyebab timbulnya panas dan nyeri di ulu hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

- (b) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tetapi sering.

R/ untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

- (c) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang dan pedas.

R/ karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat



meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

(d) Hindari rokok, kopi, alcohol dan cokelat

R/ karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

(e) Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur.

R/ bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluksi.

(f) Hindari minum selain air putih

R/ karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

(g) Tidur dengan kaki ditinggikan

R/ memperlancar aliran darah uteroplacental, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

(h) Berikan antasida

R/ antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga

dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada.

- (j) Masalah 10 : pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

(1) Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya sehingga ibu tidak cemas

(2) Kriteria :

- (a) Pusing berkurang
- (b) kesadaran komposmentis
- (c) tidak terjadi jatuh atau hilang kesadaran

(3) Intervensi menurut Marmi (2014:142)

- (a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing  
R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis
- (b) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ agar ibu tidak terjatuh pada saat bangun tidur

- (c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lamadi lingkungan panas dan sesak

R/ kekurangan O<sub>2</sub> karena lingkungan sesak  
dapat menyebabkan pusing

(d) Jelaskan kepada ibu untuk menghindari  
posisi terlentang

R/ agar sirkulasi O<sub>2</sub> ke otak lancar

(k) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

(1) Tujuan : Kecemasan berkurang

(2) Kriteria :

(a) Ibu tampak tenang dan rileks

(b) Ibu tampak tersenyum

(c) Suami dan keluarga memberikan dukungan.

(3) Intervensi (Varney,(2007:503-504):

(a) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang  
dapat menyebabkan kecemasan

R/Ibu mengerti penyebab kecemasan  
menjelang persalinan adalah hal yang  
normal

(b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/Selain meperlancar sirkulasi darah, juga  
memberikan rasa nyaman

(c) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi  
progesif

R/Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologis seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan.

#### 4. Implementasi

Pelaksanaan asuhan yang dilakukan sesuai dengan apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural, atau masalah psikologis. Dengan kata lain, asuhan terhadap wanita tersebut harus mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan (Ummi dkk, 2010:102). Secara umum asuhan yang dapat dilakukan hal-hal berikut :

- A. Menjelaskan pada klien dan keluarga tentang keadaan wanita hamil, baik normal maupun tidak normal.
- B. Memberikan nasehat-nasehat yang dibutuhkan ibu hamil.
- C. Pada ibu hamil TM III, nasehat-nasehat yang diperlukan antara lain :

- 1) Nutrisi ibu hamil TM III
- 2) Personal hygiene
- 3) Istirahat
- 4) Senam hamil



5) Perawatan payudara

D. Menjelaskan tentang ketidaknyamanan selama kehamilan TM

III

E. Menjelaskan tentang tanda bahaya kehamilan lanjut/komplikasi kehamilan TM III

F. Menjelaskan tentang persiapan persaliann

G. Melakukan pemeriksaan laboratorium yang spesifik terhadap keluhan.

H. Memberi tablet Fe, Fe dibutuhkan untuk pembentukan Hb terutama saat hemodulusi, pemasukan harus adekuat selama hamil untuk mencegah anemia. Wanita hamil memerlukan kehamilan, karena pemberian yang hanya pada trimester 3 tidak dapat mengejar kebutuhan ibu ataupun janin. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan, sebaiknya dianjurkan ibu mengkonsumsi tablet zat besi bersama air putih atau sari buah jeruk (Yeyeh, 2009:50)

I. Menjadwalkan kunjungan sesuai perkembangan kehamilan.

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan :

1) Satu kali pada triwulan pertama

2) Satu kali pada triwulan kedua

3) Dua kali pada triwulan ketiga (Saifuddin,2009:90)

J. Triwulan pertama dari konsepsi sampai 3 bulan. Triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan tujuh sampai 9 bulan (Saifuddin,2009:185).

K. Mendokumentasikan hasil asuhan (Yeyeh,2009:185).

## 5. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

- A. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- B. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- C. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart.
- D. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

## 6. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan.

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan

jelas mengetahui keadaan/ kejadian yang ditentukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

A. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia

B. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O: adalah data obyektif mencatat hasil pemeriksaan

A: adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P: adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasi.

## 2.2.2 Konsep dasar asuhan kebidanan persalinan

### 1. Pengkajian

#### A. Data Subyektif

##### 1) Biodata

##### a) Nama

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

##### b) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisikan wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan di atas usia 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinana lama dan kematian janin (Varney, 2008: 538).

c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010:117).

d) Pendidikan

Peneliti menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Pada ibu hamil dengan pendidikan rendah, kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai bagaimana cara melakukan perawatn kehamilan yang baik (Romauli, 2011:124).

e) Pekerjaan



Mengetahui pekerjaan klien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelainan prematur dan paparan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin (Marmi, 2011:155). Sedangkan menurut Manuaba (2010:117-120) pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semain tuannya kehamilan. Wanita karier yang hamil berhak mendapatkan cuti selama 3 bulan, diambil 1 bulan sebelum persalinan dan 2 bulan setelah persalinan

f) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu dengan nama yang sama. Di tanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. Alamat juga diperlukan bila bidan akan melakukan kunjungan kepada ibu (Roumali, 2011:163).

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba dkk, (2010:173) tanda-tanda persalinan yaitu:

a) Terjadinya his persalinan.

His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda).

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

d) Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

- (1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

(2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

(3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.

### 3) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau bahkan keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk dan berpulang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

#### a) Penyakit jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami atrial fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his

atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin, 2010:769).

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruption plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser, et.al, 2009:322).

c) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala 4 dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuabdkk, 2012:240).



## d) Gonorea

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan premature (Fraser, et.al, 2009:371).

## e) Diabetes militus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser,et.al, 2009:338)

## 4) Riwayat kebidanan

## a) Riwayat menstruasi

## (1) Menarche

adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

## (2) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari  $\pm$ 2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

## (3) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan.

Bila siklus haid  $\pm$  28 hari, rumus yang dipakai adalah rumus neagele yaitu hari + 7, bulan -3, tahun + 1 (Marmi, 2011:123).

b) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan preterm meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan preterm lagi.

Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran preterm dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuabadi, 2012:201).

c) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut Saifuddin (2009:90-91) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama

kehamilan yaitu: satu kali pada saat trimester I, satu kali pada saat trimester dua, dan dua kali pada trimester III. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 10T yaitu: timbang, ukur tekanan darah, nilai status gizi/LILA, ukur tinggi fundus uteri, menentukan presentasi janin dan DJJ, skrining status imunisasi tetanus, pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, pemeriksaan laborototium rutin dan khusus, tatalaksana, dan temu wicara (konseling) (Kemenkes, 2015: 8). lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba dkk, 2010:173).

d) Riwayat KB

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menunda kehamilan. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan

tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2011:158).

5) Pola fungsi kesehatan

a) Nutrisi

Ibu diperbolehkan mengonsumsi makan rendah lemak dan rensah residu sesuai selera untuk memberinya energy. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan ibu mengalami peningkatan risiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Fraser dan Cooper, 2009:451). Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meingkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh anesietas dan aktivitas otot rangka. Mortalitas dan absorbs lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperbruk oleh penurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak di pengaruh dan waktu yang dibutuhkan untuk pencernaan dalam lambung tetap seperti biasa (Varney, Kriebs dan Geger, 2008:686-687).



b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat terkompresik diantara gelang pelvic dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser, et.al, 2009:485). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro, 2008:55). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro, 2008:56).

c) Personal hygiene

Bagi ibu yang sedang berada proses persalinan normal, mandi air hangat (Birthing pool) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan

meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (fraser dan cooper, 2009:442)

d) Istirahat dan tidur

Umumnya wanita lebih suka berbaring karena sakit ketika his (Yuliananingsih, 2016).

e) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring (Mochtar,2012:77).

f) Hubungan seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme dikoordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester ke tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan ogasme (Marmi,2011:160).

g) Pola kebiasaan

(1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya.

(2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:160).

(3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011:160)

h) Riwayat psikososial dan budaya

Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan selama tidak membahayakan pasien sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya (Sulistyawati, 2010).

**B. Data obyektif**

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmentis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana seikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang (Roumauli, 2011:172).

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran pasien dapat dilakukan dengan penkajian derajat kesadaran dari keadaan *Composmentis* (kesadaran penuh) sampai *Coma* (pasien tidak sadar) (Sulistyawati, 2010:122).

c) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah



Tekanan darah meningkat selama koordinasi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Varney,2008:686).

(2) Nadi

Perubahan nadi yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan (Varney, 2008:687).

(3) Suhu

Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5-1°C. mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan (Varney, 2008:687).

(4) Pernafasan

Menurut Manuaba (2010:207), peningkatan frekuensi peernafasan masih normal selama

persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi.

2) Pemeriksaan antropometri

a) TB

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

b) BB

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:532).

c) LILA

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

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

### 3) Pemeriksaan fisik

#### a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

#### b) Muka

Pada muka perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia (Varney, 2007:693).

#### c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu

mungkin terinfeksi hepatitis, nila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 200:174).

d) Hidung

Untuk mengetahui simetris atau tidak, bersih atau tidak, terdapat polip atau tidak (Varney, 2007:78)

e) Mulut dan gigi

Pada triwulan pertama kehamilan mengalami mual dan muntah. Keadaan ini menyebabkan perawatn gigi tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbur karies, gingivitis, dan sebagainya. Bila kerusakan-kerusakan gigi ini tidak diperhatikan dengan baik, hal ini dapat mengakibatkan komplikasi seperti sepsis puerperalis karena infeksi di rongga mulut (Wiknjosastro, 2009).

f) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya



terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

g) Dada

Adanya hiperpigmentasi aerola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan, BJ 1 BJ 2 terdengar tunggal, ada tidaknya suara tambahan wheezing dan ronchi (Romauli, 2011:175).

h) Abdomen

Pada ibu bersalin, perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum masuk puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan

pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2008:42-43). Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya (Saifuddin, 2008:106). 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 akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urin selama periode pascapertum awal (Varney et all, 2007:687).

i) Genetalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, =2010:173). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau masa termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum

atau tindakan episiotomy sebelumnya, sementara pada kala II terdapat perineum menonjol dan vulva membuka (Wiknjosastro,2008:45).

j) Anus

Perenium mulai menonjol dan anus mulai membuka.

Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro,2008:46).

k) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik preeclampsia.

Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar (Varney, 2008:693).

4) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

(1) Pemeriksaan leopold

(a) Leopold 1

Menurut Mufflihah (2014: 52-53) leopold 1

untuk mengetahui bagian janin yang ada di

fundus dan mengukur tinggi fundus uteri

(TFU).Menurut Marmi (2011:167) langkah-

langkah pemeriksaan Leopold 1 yaitu:

- a. Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- b. Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- c. Rahim dibawa ketengah
- d. Tinggi fundus uteri ditentukan

Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Ciri-ciri kepala ialah keras, bundar dan melenting. Ciri-ciri bokong ialah lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong. Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Menurut Manuaba (2012:118), variasi knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan yang lain di atas simfisis.

(b) Leopold II

Tujuan pemeriksaan Leopold II untuk menentukan bagian janin yang ada di samping kanan dan kiri perut ibu. Menurut



Marmi (2011:167-168), langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold II adalah:

- a. Kedua tangan pindah kesamping
- b. Tentukan dimana punggung anak.

Punggung anak dapat di raba dengan ciri-ciri seperti keras, dan lebar seperti papan, carilah bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan atau berlawanan. Terkadang di samping teraba kepala atau bokong ialah letak lintang

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

Variasi alfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (manuaba, 2012:119).

(c) Leopold III

Menurut Marmi (2011:168) tujuan pemeriksaan pada Leopold III adalah untuk menentukan presentasi janin dan apakah sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III yaitu:

- a. Dipergunakan satu tangan saja
- b. Bagian terbawah ditentukan antara ibu jari dari jari lainnya
- c. Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan atau tidak .

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian terbawah janin ini sudah atau belum masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP).

(d) Leopold IV

Tujuan pemeriksaan Leopold IV untuk menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP. Bila bagian terendah janin masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya maka tangan pemeriksa divergen, sedangkan bila belum masuk PAP maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010: 119). Menurut marmi (2011:168) langkah-langkah dalam pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- a. Periksa mengubah posisinya menjadi ke arah kaki penderita
- b. Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian terbawah
- c. Ditentukan apakah bagian terbawah sudah masuk PAP atau belum dan seberapa masuknya bagian terbawah ke dalam rongga panggul
- d. Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar
- e. Jika kedua tangan kita konvergen, maka hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga
- f. Jika kedua tangan sejajar, maka separuh dari kepala turun ke dalam rongga panggul
- g. Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk kedalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul

## (2) Tinggi fundus uteri (TFU)

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

Perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah sebagai berikut

Tabel 2.21  
Perkiraan usia dalam minggu dan TFU dalam Cm

Usia kehamilan	Tinggi fundus	
	Dalam (Cm)	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah antara simfisi 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 anantara umbilicus dan prosessus xifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
36 minggu	36 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada prosessus xifoideus

Sumber: (Saifuddin, 2014:93).



## (2) Penurunan kepala

Penurunan kepala atau bagian terbawah janin menurut Wiknjosastro (2008:42),. Penurunan kepalajanin dapat dilihat pada tabel:

Tabel 2.22  
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala dia atas PAP, mudah digerakkakn
4/5	HI-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	HI-III	Bagian erbesar belum masuk panggul
2/5	HIII+	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	HIII-IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H IV	Di perineum

Sumber : (Saifuddin, 2008)

## (3) Cara menentukan TBJ (tafsiran berat janin)

Tafsiran ini berlaku untuk janin presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut:

$$(TFU \text{ (cm)} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}.$$

Bila kepala diatas atau pada spina iskiadika maka  $n = 12$ , bila kepala dibawah spina iskiadika maka  $n = 11$  (Romauli, 2011). Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 2.23  
TBJ normal untuk usia kehamilan trimester III

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

Sumber: (Manuaba, 2012:89).

b) Auskultasi

Denyut jantung berbunyi ganda tetapi lebih cepat dibandingkan bunyi jantung orang biasa. DJJ normal harus berada pada rentang 110-160/menit (Fraser, 2009:261). Lokasi punctum maksimum denyut jantung janin dapat digunakan untuk mengetahui sikap badan janin. Selama kala satu persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala dua. Untuk wanita dengan kehamilan beresiko, evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak setiap 15 menit selama kala satu dan 5 menit pada kala dua (Lenovo, 2009:147-148)

c) His

Menurut Saifuddin (2009:289) Amplitudo uterus terus meningkat sampai 60 mmHg pada akhir kala I dan frekuensi his menjadi 2-4 kontraksi tiap 10

menit. Juga durasi his meningkat dari 20 detik pada perubahan partus sampai 60-90 detik pada akhir kala I atau pada permulaan kala II.

d) Pemeriksaan dalam

Menurut Cunningham (2009) perhatian cermat terhadap hal-hal berikut:

(1) Pemeriksaan serviks

Derajat pendataran serviks biasanya dinyatakan dengan panjang kanalis servisis berbanding dengan panjang yang belum mendatar. Jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50% mendatar, bila serviks menjadi setipis segmen uterus dibawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100%.

(2) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata pembukaan serviks. Jari pemeriksaan disापukan dari tepi serviks di satu sisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam sentimeter.

## (3) Posisi serviks

Hubungan antara os serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi setengah, atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

## (4) 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 servisis

## (5) Bidang hodge

Menurut Manuaba (2010: 348), bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi tepi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (Os sacrum).

## 5) Pemeriksaan penunjang

## a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein.



Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energy yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non diabetic yang baru saja mengkonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya preeklamsia (Fraser et al, 2009:453).

b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011:187).

c) Pemeriksaan USG

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45).

d) NST (Non Stres Test)

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: 190)

**2. Diagnosa kebidanan**

Setelah ditentukan masalah dan masalah utamanya maka bidan merumuskannya dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosa. Hasil dari perumusan masalah merupakan keputusan yang ditegakkan oleh bidan yang disebut diagnose kebidanan. Dalam menentukan diagnose kebidanan, pengetahuan keprofesionalan bidan diperlukan (Depkes RI, 2008: 09).

G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>>, UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II:

A. Kala 1 fase laten dengan kemudian masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney dkk, 2007:718-719).

B. Kala I aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah kenyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro,2008:40).

C. Kala II dengan kemungkinan masalah : kekurangan cairan, infeksi (Wiknjosastro, 2008:93), kram tungkai (Varney, 2007:722).

D. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, keadaan umum baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

E. P $\geq$ 1 kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008:118) yaitu:

- 1) Retensio plasenta
- 2) Avulse tali pusat
- 3) Plasenta yang tertahan

F. P $\geq$ 1 kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2008:118) yaitu:

- 1) Atonia uteri
- 2) Robekan vagina, perenium atau serviks
- 3) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh

### 3. Perencanaan

Diagnosa  $G_{\geq 1}P_0 > UK$  37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

A. Tujuan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan

B. Kriteria :

1) KU baik, kesadaran composmentis

2) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg

S : 36-37°C

N : 80-100x/menit

R : 16-24x/menit

3) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik

4) Kala I pada primigravida < 13 jam, pada multigravida < 7 jam

5) Kala II pada primigravida < 2 jam, pada multigravida < 1 jam

6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif



- 7) Kala III pada primigravida < 30 menit sedangkan multigravida < 15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap.
- 8) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan < 500 cc

### **Kala I**

#### **C. Intervensi :**

- 1) Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi  
R/ : Ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai untuk kelancaran proses persalinan
- 2) Mempersiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan  
R/ : Ketidakmampuan untuk menyediakan perlengkapan, bahan-bahan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir
- 3) Mempersiapkan rujukan  
R/ : apabila terjadi kegawatdaruratan dan perlu untuk rujukan
- 4) Perhatikan psikososial ibu dan berikan dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga. Anjurkan agar ibu selama persalinan didampingi oleh keluarganya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu

sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung

R/ : ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan

- 5) Anjurkan ibu untuk makan dan minum. Asupan cairan yang cukup untuk mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu saat proses persalinan, serta untuk energi dalam persediaan mengejan

R/ : persiapan energi untuk mengejan

- 6) Bantu ibu untuk memilih posisi yang nyaman dengan miring ke kiri

R/ : Mempercepat proses penurunan kepala janin

- 7) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap

R/ : Mempercepat penurunan kepala janin

- 8) Observasi TTV

a) DJJ setiap 30 menit sekali

b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit

c) Nadi setiap 30 menit

- d) Pembukaan serviks setiap 4 jam sekali atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi
- e) Penurunan terbawah janin setiap 4 jam
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam sekali

R/ : untuk mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin

- 9) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih setiap 2 jam

R/ : Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri pada waktu his

- 10) Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan sesuai dengan standar asuhan kebidanan pada persalinan (Wiknjosastro, 2008: 79-87).

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

### **Kala II**

Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal

Wiknjosastro (2008:79-97) :

- 1) Mengenali tanda dan gejala kala II

R/ : Dengan melihat tanda 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) Perenium menonjol
- d) Vulva dan sfingter ani membuka

2) Menyiapkan pertolongan persalinan

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

- a) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ganjal bahu bayi
- b) Menyiapkan oksitosin 10 IU dan alat suntik steril sekali pakai dalam pertus set

3) Pakai celemek plastic



R/ : Celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008:80).

- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dan mengalir dan kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering

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

R/ : Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin menular untuk darah (Varney, 2008:117).

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

R/ Semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan disinfeksi tingkat tinggi atau steril (2009:80).

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

- (a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang
- (b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
- (c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)

8) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan bayi baik

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

- (a) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap
- (b) Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi

9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama

10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepas

R/ Dekontaminasi membuat benda-benda lebih aman ditangani dan dibersihkan oleh petugas. Cuci tangan penting untuk mencegah infeksi (Wiknjastro, 2009:19).

10) Periksa DJJ dalam batas normal (120-16 x/menit)

- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
- (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian

R/ : Persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga kooperatif

11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

R/ : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan air ketuban, plasenta) menekan cava inferior ibu. berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro, 2008:87).

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

R/ Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa aman dan nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua

posisi ini adalah gaya gravitasi unutkan membantu ibu melahirkan bayinya (Wiknjosastro, 2008:84).

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

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

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

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

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

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

(f) Beri cukup asupan cairan peroral (minum)

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda

(h) Segera rujuk apabila bayi belum atau tidak segera lahir dalam waktu 120 menit (2 jam meneran untuk primigravida) atau 60 menit (1 jam untuk multigravida)



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

R/ Posisi jongkok dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan kala dua dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayat, 2010:82).

15) Persiapkan pertolongan kelahiran janin

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

16) Letakkan handuk bersih diatas perut ibu, jika kepala bayi sudah di vulva dengan diameter 5-6 cm

R/ Persiapan untuk mencegah terjadinya kehilangan panas tubuh yang berlebihan pada bayi baru lahir harus dimulai sebelum kelahiran bayi (JNPK-KR, 2008:77)

17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 dibagian bawah bokong ibu

R/ Kain kering yang dilipat 1/3 bagian dipersiapkan mengusap muka bayi setelah lahirnya kepala (Wiknjosastro, 2009:89).

18) Buka tutup pertus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan

R/ Ketidaklengkapan alat, bahan dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan risiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa (Wiknjosastro, 2009:53).

19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin atau pathogen yang menular melalui darah (Varney, 2007:117)

20) Persiapan pertolongan kelahiran

R/ : Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan perineum

**Kelahiran kepala**

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

R/ : Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi

regangan (robekan) pada vagina dan perineum (Wiknjosastro, 2008:89).

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

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

- (a) Jika tali pusat melilit leher segera longgarkan, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
- (b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat dari kedua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut

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

R/ Pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu berotasi internal kearah diameter anteroposterior pintu bawah panggul (Varney, 2007:1147)

### **Lahirnya bahu**

- 24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat adanya his.

Dengan lembut gerakan kebawah distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakan kearah atas distal untuk melahirkan bahu belakang

R/ Penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi dibawah mandibula atau sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi (Varney, 2007:1153).

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

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

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku dan tangan bahu belakang saat bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perenium (Varney, 2007:1148)

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



R/ Tindakan ini memungkinkan menahan bayi sehingga dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangan jari-jari anda (Varney, 2007:1148)

### **Penanganan bayi baru lahir**

R/ : Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin

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

- (a) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif
- (c) Apakah kulit bayi berwarna merah

28) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan tubuh bagian lainnya kecuali telapak tangan. Ganti handuk basah

dengan handuk yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu

R/ Bayi dengan hipotermi, sangat beresiko tinggi untuk mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian (JNPK-KR, 2008:96).

29) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak adanya bayi kedua dalam uterus ibu

R/ Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurun pasokan oksigen pada bayi. Hati-hati jangan menekan kuat pada korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta (Marmi, 2016:262).

30) Beritahu ibu bahwa akan dilakukan penyuntikan oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik

R/ Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Varney, 2007:117).

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

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah (Marmi, 2016:262).

32) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat kira-kira 2 cm distal dari klem pertama

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi (Wiknjosastro, 2008:126).

33) Pemotongan dan ikat tali pusat

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

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

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

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

R/ Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi di meja atau tempat tidur di area antara kaki ibu (Varney, 2007:1154).

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

R/ Bagian kepala bayi memiliki luar permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup (Wiknjosastro, 2009:129).

### **Kala III**

Penatalaksanaan aktif kala III (Wiknjosastro,2008:100-106)  
penanganan tali pusat

R/ untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta

36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva ibu

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi (Marmi, 2016:263).

37) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain untuk menegangkan tali pusat

R/ Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami perubahan bentuk dan tinggi, fundus berada diatas pusat, dan tali pusat memanjang (Wiknjosastro, 2009:100).

38) Setelah terus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain ats (dorso karnial) secara hati – hati (untuk mencegah inervia uteri). Jika plasenta tida lahir setelah 30 – 40 detik hentikan penegangan tali



pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan ulangi kembali prosedur diatas.

R/ massage uterus merangsang kontraksi uterus

### **Mengeluarkan Plasenta**

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

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

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

a. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

b. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh

c. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

d. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

e. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual

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

#### **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 meingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

R/ Tindakan masase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri (Wiknjosastro, 2009:106).

42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan kedalam kantong plastik atau tempat khusus.

R/ Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosis normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat untuk skrining kondisi yang tidak normal dan untuk memastikan apakah plasenta dan membrane telah dilahirkan seluruhnya (Varney, 2007:1162).

43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan prineum.

Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

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

#### **Kala IV**

Melakukan prosedur pasca salin (Wiknjastro, 2008:114-121)

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

R/ Jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta (Wiknjastro, 2009:107).

45) Biarkan bayi melakukan kontrak 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 menyusui

46) Setelah satu jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksi dan vitamin K<sub>1</sub> berikan 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral

R/ Vitamin K<sub>1</sub> injeksi 1 mg intramuskular untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (Wiknjosastro, 2009:140).

47) Setelah 1 jam pemberian vitamin K<sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hpatitis B di paha kanan anterolateral

(a) Letakkan bayi didalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui

48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah pendarahan pervaginam.

(a) 2-3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

(b) Setiap 15 pada 1 jam pertama pasca 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 masase uterus dan menilai kontraksi

R/informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.

50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ Memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu (Wiknjastro, 2009:115).

51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum

(a) Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

R/ Monitor tekanan darah dan nadi penting selama kala IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah (Hidayati, 2010:94).

52) periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60s/menit) serta suhu normal (36°C – 37,5°C).

R/ Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi (Wiknjosastro, 2009:127)

53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

R/ Mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan (Wiknjosastro, 2009:17).

54) Buang bahan – bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

R/ Jika tidak dikelola dengan benar, sampah terkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat (Wiknjosastro, 2009:31).

55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi (Varney, 2007:719).

56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu membersihkan ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

R/ Pemberian ASI secara dini bisa merangsang produksi ASI, memperkuat reflek menghisap bayi (Wiknjastro, 2009:132).

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

R/ Dekontaminasi adalah langkah penting pertama untuk menangani peralatan, perlengkapan, sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi (JNPK-KR, 2008:22).

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

R/ Prosedur ini dengan cepat mematikan virus Hepatitis B dan HIV (JNPK-KR. 2008:22)

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang (Saifuddin, 2010:U-14).

### **Dokumentasi**

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

R/ Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2008:55).

Kemungkinan masalah dalam persalinan :

#### D. Masalah kala I

##### 1) Cemas menghadapi proses persalinan

a) Tujuan : mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

b) Kriteria : ibu tampak tenang

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:120) :

(1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/: Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/: Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan.

R/: Ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

##### 2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan



a) Tujuan :Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

b) Kriteria :

(1) Nyeri punggung berkurang

(2) Ibu tidak merasa cemas

(3) Ibu merasa tenang

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:87) :

(1) Hadirkan orang terdekat ibu.

R/: Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

(2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala dan lengan.

R/: sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menenangkan dan menenangkan ibu.

(3) Berikan usapan punggung

R/: Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

(4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/: Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

(5) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/: Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki *anoreksia* jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

3) Kala 1 lama

a) Tujuan : kala 1 lama tidak terjadi

b) Kriteria :

- (1) Pembukaan serviks lebih dari 4 cm setelah 8 jam
- (2) Kontraksi teratur (lebih dari 3 dalam 10 menit lamanya 40 detik).

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 112) :

- (1) Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.

R/: Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan agar ibu dan keluarga tahu tentang kondisinya saat ini.

- (2) Persiapan perlengkapan alat dan obat-obatan yang dibutuhkan.

R/: Dengan melakukan persiapan terlebih dahulu akan mempermudah apabila terjadi masalah saat persalinan.

- (3) Melakukan pemantauan kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin dan lembar partograf.

R/: Agar mengetahui kondisi pasien dan mendeteksi kemungkinan terjadinya komplikasi.

(4) Anjurkan ibu untuk melakukan posisi miring kiri

R/: Agar suplai oksigen lebih mudah dan mempercepat proses penurunan kepala.

(5) Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih.

R/: Dengan mengosongkan kandung kemih, tidak akan mengganggu penurunan kepala janin.

#### E. Masalah kala II

1) Kekurangan cairan (Wiknjosastro,2008:88)

a) Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

b) Kriteria :

(1) Nadi 76-100x/menit

(2) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:88):

(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 16/18G berikan RL, atau NS 125cc/jam.

R/: pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

(3) Segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

R/: rujukan dini pada ibu dengan kurang cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

2) Infeksi (Wiknjosastro, 2008:90).

a) Tujuan : tidak terjadi infeksi

b) Criteria :

(1) Nadi dalam batas normal (76-100x/menit)

(2) Suhu 36-37,5°C

(3) KU baik

(4) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:90) :

(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 amoxilin 2 gram/oral.

R/: Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- (4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik.

R/: Infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang kearah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

- 3) Kram tungkai (Varney dkk, 2007:722).

- a) Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai  
b) Criteria : Sirkulasi darah lancar  
c) Intervensi :

- (1) Luruskan tungkai ibu.

R/: Meluruskan tungkai ibu dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas darah.

- (2) Atur posisi *dorsofleksi*.

R/:Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

- (3) Jangan melakukan pemijatan pada tungkai.

R/: tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko trombi tanpa sengaja terlepas.

4) Bayi cukup bulan, sesuai masa kehamilan KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007) tentang standar asuhan kebidanan.

a) Tujuan: dapat melewati masa transisi dengan baik

b) Kriteria: bayi menangis kuat dan bergerak aktif

c) Intervensi :

(1) Observasi tanda-tanda vital bayi.

R/: tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

(2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat.

R/: Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang relative hangat.

(3) Bounding attachment dan lakukan IMD.

R/: Bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu dapat merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir.

IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

(4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg.

R/: vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intracranial.

(5) Berikan salep mata.

R/: salep mata sebagai profilaksis

5) Kala II lama

a) Tujuan : kala II lama tidak terjadi.

b) Kriteria :

- (1) Posisi janin normal atau presentasi kepala
- (2) Pada primigravida berlangsung 1,5 jam, dan multigravida berlangsung 30 menit.
- (3) Kontraksi teratur (lebih dari 3 dalam 10 menit lamanya 40 detik).

c) Intervensi menurut Wiknjastro (2008: 121) :

(1) Hitung TBJ

R/: untuk memperkirakan proses

(2) Mengajarkan ibu cara-cara mengejan yang benar bila ada his

R/: dapat membantu penurunan kepala

(3) Kontrol DJJ antara 2 his penurunan kepala dan keadaan umum ibu.

R/: mengetahui fetal distress dan mengetahui kemajuan persalinan.

(4) Pimpin ibu untuk mengejan saat puncak his

R/: dengan kekuatan mengejan yang benar akan mendapat hasil optimal atau bayi segera lahir.

#### F. Masalah kala III.

##### 1) Retensio plasenta (Wiknjastro,2008:114).

a) Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

b) Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

c) Intervensi menurut Wiknjastro (2008:114) :

(1) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan hebat, pasang infuse menggunakan jaru, besar(ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 UI oksitosin.

(a) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjutan.

(b) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manua ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan fasilitas kegawatdaruratan obstetric.

(2) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

(3) Tawarkan bantuan walaupun iu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

##### 2) Terjadinya avulsi plasenta

a) Tujuan : tidak terjadi avulse



- b) Kriteria : tali pusat utuh.
- c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :
  - (1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.
  - (2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
  - (3) Setelah plasenta terlepas, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.
  - (4) Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

#### G. Masalah kala IV

- 1) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:107-113)
  - a) Tujuan : atonia uteri dapat teratasi
  - b) Kriteria : kontraksi uterus baik, keras dan bundar serta perdarahan < 500cc.
  - c) Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:107-113) :
    - (1) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan keluar.
    - (2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk

melakukan Kompresi Bimanual Eksternal (KBE).  
Berikan suntikan 0,2 mg Ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mg 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 tranfusi darah.

(5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

2) Robekan vagina, perenium, dan serviks

a) Tujuan : robekan vagina, perenium atau serviks dapat terjahit.

b) Kriteria : Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baik serta perdarahan < 500 cc.

c) Intervensi :

(1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi timbul.

(2) Jika terjadi laserasi derajat I dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat II lakukan penjahitan.

(3) Jika laserasi derajat III atau IV atau robekan serviks:

(a) Pasang infuse 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 kegawatdaruratan obstetric.

(d) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

#### **4. Implementasi**

Menurut kemenkes Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

#### **5. Evaluasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi segera secara sistematis dan

berkesinambungan untuk melihat keefektifitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria sebagai berikut :

- A. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi lain
- B. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- C. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- D. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien

**E. Dokumentasi**

Kemenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan.



Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

### 2.2.3 Konsep dasar asuhan kebidanan nifas

#### 1. Pengkajian data

##### A. Data Subyektif

Data subjektif adalah berupa data fokus yang dibutuhkan untuk menilai keadaan ibu sesuai dengan kondisinya. Jenis data yang dikumpulkan adalah: (Manuaba, 2010:235).

##### 1) Biodata

##### a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131).

##### b) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246).

##### c) Agama

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

d) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

e) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010:132).

f) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial dan ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010)

g) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010:235).

h) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu

dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati, 2012:166).

## 2) Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

### a) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

### b) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

### c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu 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 postpartum 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 meningkatkan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan nyaman 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 atau episiotomy derajat 3 atau 4.

f) Hemorroid

Jika wanita mengalami hemorroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.



### 3) Riwayat kesehatan

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336).

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:338).

d) Penyakit asma

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

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:337):

(1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(3) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertai (Ambarwati, 2010:133)

5) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298).

6) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalnya 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 (Manuaba, 2010:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009:129).

7) Riwayat obstetric

a) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. 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 (Manuaba, 2010:201).

b) Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah aboertus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati,2010:133).

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 (Saifuddin, 2009:129). 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 (Manuaba, 2012:204).



## 8) Pola kebiasaan sehari-hari

## a) Nurisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009:128).

Tabel 2.24  
Nutrisi ibu nifas

Makanan	Normal	Hamil	Menyusui
Kalori (kal)	2.500	2.500	3.000
Protein (gram)	0,8	85	100
Kalsium (gram)	12	15	15
Vitamin A (IU)	5.000	6.000	8.000
Vitamin B (mg)	1,5	1,8	2,3
Vitamin C (mg)	70	100	150
Vitamin D (SI)	2,2	2,5	3
Riboflavin	15	18	23
Asam nikotin	-	600	700

Sumber: Kumalasari, 2015:161

## b) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat

menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstitial dan kelebihan volume cairan (Varney et al, 2007:961). Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010:202).

c) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014:127).

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 dari bahan yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2010:202).

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi 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 (Saifuddin, 2009:127).

e) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009:128).

9) Riwayat ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga es involusi, sedangkan alkohol dan narkoba kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2012).

10) Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues.

Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan



karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009:87-90) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

a) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (2) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

b) Fase *taking hold*

- (1) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (2) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.

(3) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

c) Fase *letting go*

(1) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

(2) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.

(3) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.

(4) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

11) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pas 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 pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

## **B. Data obyektif**

### 1) Pemeriksaan umum

#### a) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Indriasari, 1012:38).

#### b) Tanda-tanda vital

##### (1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et al, 2007:961).

##### (2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat

memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney et al, 2007:961).

(3) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014:278).

(4) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007:961).

2) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut



menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:174).

b) Muka

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

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Romauli, 2011:384).

d) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174).

## e) Hidung

Untuk mengetahui simetris atau tidak, bersih atau tidak, terdapat polip atau tidak (Varney, 2007:78)

## f) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:384).

## f) Dada

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

## g) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009:124).

## h) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney et al (2007:1064), pemeriksaan abdomen postpartum

dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine 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 umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui 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.

(4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

i) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007:969). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

j) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat



nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418).

### 3) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010:239).

### 4) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100) yaitu:

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan.
- b) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

## 2. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk

menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

- A. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- B. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- C. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa Kebidanan:

P<sub>1</sub>/>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). P<sub>1</sub>/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney et al, 2001:974).

### 3. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut:

- A. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- B. Melibatkan klien dan atau keluarga

- C. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- D. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidencebased* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- E. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

#### 4. Diagnose

Diagnosa: P<sub>1</sub>>APIAH, postpartum 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 (Sulistyawati, 2009:126).

A. Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

B. Kriteria: Menurut Manuaba (2012:114) adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan Umum: kesadaran composmentis.
- 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°C                                      R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

#### 4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- b) ASI transisi atau peralihan 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 relative konstan tidal menggumpal bila dipanaskan.

(Sulistyawati,2009:123)

#### 5) Involusi uterus normal

Involusi uterus atau dapat juga disebut dengan pengertutan merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir



akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Involusi uterus dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut:

- a) 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 harinya.
- b) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat.
- c) Pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simfisis. Pada hari ke 1- tinggi fundus uteri tidak teraba.

Tabel 2.25  
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Ambarwati dkk, 2010:112)

## 6) Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

## 7) KU bayi baik

R: 30-60 x/menit

S: 36,5-37,5°C

## C. Intervensi menurut Suherni (2009:120):

## 1) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009: 123).

## 2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:337).

## 3) Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan (senam nifas).

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012:176).

- 4) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012:89).

- 5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395).

#### D. Masalah

- 1) Masalah 1 : Gangguan eliminasi

- a) Tujuan : Masalah eliminasi teratasi
- b) Kriteria: Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar
- c) Intervensi menurut Sulistyawati (2009:101) antara lain:

- (1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

- (2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

- (3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

2) Masalah 2: Nyeri pada luka jahitan perineum

a) Tujuan :Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

b) Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

c) Intervensi menurut Sulistyawati (2009:134) antara lain:

- (1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

- (2) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- (3) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).



R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

3) Masalah 3 : *after pain* atau kram perut

- a) Tujuan : Masalah kram perut teratasi
- b) Kriteria: Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu
- c) Intervensi menurut Suherni (2009:123-124) antara lain:

(1) Anjurkan ibu untuk 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 tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

(3) Berikan analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

4) Masalah 4 : pembengkakan payudara

- a) Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

b) Kriteria: payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

c) Intervensi menurut Manuaba (2010:420) 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 satunya menjadi bengkak.

(3) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

(4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

(5) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

(6) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

(7) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bi diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

5) Masalah 5 : sub involusi uteri

a) Tujuan: Tidak terjadi subinvolusio uteri

b) Kriteria : Involusi uteri berjalan dengan normal

c) Intervensi menurut Swantika (2012):

(1) Beikan obat antibiotic; uterotonika dan tablet Fe

R/ Terapi antibiotik dapat mencegah infeksi, uterotonika dapat merangsang kontraksi uterus dan tablet kekurangan darah pada ibu

(2) Berikan tranfusi darah jika perlu.

R/ Mengatasi kehilangan darah dalam jumlah besar

6) Masalah 6 : Konstipasi

- a) Tujuan : masalah konstipasi teratasi
- b) Kriteria : ibu bisa BAB dengan lancar
- c) Intervensi Sulistyawati (2009: 101) :

(1) Jelaskan pentingnya BAB setelah pasca persalinan.

R/ pasien tidak akan menahan BAB jika ada dorongan untuk BAB.

(2) Yakinkan kepada pasien jika berjongkok dan mengejan tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan

R/ menghilangkan rasa takut/cemas kepada pasien untuk melakukan BAB.

(3) Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi sayuran dan makanan yang banyak mengandung serat.

R/ membantu memperlancar BAB

## 5. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif,



preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Depkes RI, 2008: 7).

Dengan kriteria :

- A. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- B. Setiap tindakan asuhan kebidanan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
- C. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- D. Melibatkan klien atau pasien
- E. Menjaga privasi klien
- F. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- G. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- H. Menggunakan sumberdaya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- I. Melakukan tindakan sesuai dengan standar
- J. Mencatat semua tindakan yang dilakukan.

#### **6. Evaluasi**

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NKVII 2007(7) tentang Standar Asuhan Kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistemais dan berkeseimbangan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian asuhan

sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dilakukan segera setelah selesai melakukan komunikasi pada klien dan/keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien:

- A. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien
- B. Hasil evaluasi segera di catat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- C. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- D. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

#### **7. Dokumentasi**

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007 (7), sesuai dengan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang di temukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- A. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA.)
- B. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
  - S :Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
  - O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif. penyuluhan, dukungan. Kolaborasi

#### **2.2.4 Konsep dasar asuhan kebidanan Bayi Baru Lahir**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian fisik adalah suatu cara untuk mendapatkan informasi tentang anak dan keluarganya dengan menggunakan semua pancaindra baik subjektif maupun objektif (Kumalasari, 2015: 216).

##### **A. Data subyektif**

###### **1) Identitas bayi dan orang tua**

Sebuah alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi di pulangkan. Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum: nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap (Saifuddin, 2009: 135).

###### **2) Keluhan utama**

Keluhan utama bayi baru lahir adalah hipoglikemia, hipotermi dan ikterik (Ladewig, 2006: 180). Terjadi

seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012: 207).

### 3) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada.

Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney dkk, 2007: 916).

### 4) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang.

Pecag ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau

predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan.

Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestesik,

magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi

perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas

plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan



dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Walsh, 2007: 368).

5) Riwayat post natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney dkk, 2007: 917).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012: 313). Kebutuhan energy 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 energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 379). Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada nenonatus dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2.26  
Kebutuhan dasar cairan pada neonatus

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

Sumber: (Saifuddin, 2009: 380).

b) Eliminasi

Warna mekonium adalah hijau kehitam-hitaman, lembut. Mekonium ini keluar pertama kali dalam 24 jam setelah lahir. Mekonium dikeluarkan seluruhnya 2-3 hari setelah lahir. Warna feses bayi berubah menjadi kuning pada saat bayi barumur 4-5 hari (Muslihatun, 2010: 43).

c) Pola istirahat dan tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara 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: 26).

Tabel 2.27  
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam

Sumber: (Dewi, 2011: 29).

d) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka keudara, yang mencegah feses dan urine membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007: 377-378). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009: 370).

e) Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang

perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2006: 137).

f) Psikososial

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

**B. Data obyektif**

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-marahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$  (Wiknjastro, 2009: 256).

b) Kesadaran

Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan (Saifuddin, 2009: 137).

c) 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: 31).

(2) Denyut jantung

Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali per menit (Muslihatun, 2010: 31). Nilai >160 kali per menit (takikardi) merupakan tanda-tanda infeksi, hipovolemia, hipertermia. Bila <100 kali per menit (bradikardi) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O<sub>2</sub> (Kumalasari, 2015: 218).

(3) Suhu

Suhu aksiler bayi baru lahir normal 36,5 °C sampai 37,5 °C (Muslihatun, 2010: 31).

(4) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2009: 255).

Tabel 2.28  
Tanda APGAR

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/(blue) biru seluruh tubuh	Body pink, limb blue (Tubuh merah, ekstremitas biru).	All pink (Seluruh tubuh kemerahan)
Pulse (denyut jantung)	Absent (Tidak ada)	<100	>100
Grimace (tonus otot)	None (Tidak bereaksi)	Grimace (sedikit gerakan)	Cry (reaksi melawan menangis)
Activity (aktivitas)	Limp (lumpuh)	Some flexion of limbs (ekstremitas sedikit fleksi)	Active movement, limbs well flexed (gerakan aktif, ekstremitas fleksi dengan baik)
Respiration (pernapasan)	None (Tidak ada)	Slow, irregular (Lambat/tidak teratur)	Good. Strong cry (Menangis kuat)

Sumber: (Muslihatun, 2010: 29).

## 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, 2007: 256). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau.

Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan

(Saifuddin, 2006: 138). Berikut disajikan tabel mengenai penurunan berat badan sesuai umur:

Tabel 2.29  
Penurunan berat badan sesuai umur

Umur	Penurunan/kenaikan BB yang dapat diterima dalam bulan pertama
1 minggu	Turun sampai 10%
2-4 minggu	Naik setidak-tidaknya 160 gram/minggu
1 bulan	Naik setidak-tidaknya 300 gram dalam bulan pertama
Nilai penimbangan dilakukan setiap hari	
Minggu pertama	Tidak ada penurunan berat badan atau kurang dari 10%
Setelah minggu pertama	Setiap hari terjadi kenaikan pada bayi kecil setidak-tidaknya 20 gram

Sumber: (Wiknjosastro, 2008: 27).

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: 218).

c) Ukuran kepala

Menurut Wiknjosastro (2008, 119) meliputi:

- (1) Diameter suboksipito-bregmatika : 9,5-10 cm
- (2) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- (3) Diameter oksipito-metalis : 13,5-15 cm
- (4) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10 cm
- (5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm

(7) Sirkumferensia suboksipito-bregmatikus: 33-34 cm

(8) Sirkumferensia submento-bregmatikus: 32-33 cm

(9) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm

(10) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm

d) Lingkar dada : 33-38 cm

e) Lingkar lengan :  $\pm 11$  cm

3) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, hidrocefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti



*anensefali, mikrosefali, kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2012:56). Bayi yang mengalami seborea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012:221-223).

Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser et al, 2009:712).

Tabel 2.30  
Perbedaan antara caput succedenum dan cephal hematoma

Caput seccedenum	Sefal hematoma
1) Muncul pada saat lahir	1) Muncul beberapa jam setelah lahir
2) Tidak bertambah besar	2) Lebih besar hari ke-2 atau ke-3
3) Hilang dalam beberapa hari	3) hilang setelah 6 minggu
4) Batas tidak jelas	4) Batas tegas
5) Kadang-kadang melewati sutura	5) Tidak mpernah meleati sutura
6) Penyebab : bengkak melewati jaringan lunak	6) Penyebab : perdarahan subperiosteal
7) Komplikasi : tidak ada	7) Komplikasi : ikterus, fraktur, perdarahan intracranial, syok.

Sumber : (Maryunani, 2008: 89)

#### 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: 219).

c) Mata

Ukuran, bentuk (strabismus, pelebaran epicanthus) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak congenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva (Muslihatun, 2010: 33).

d) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm, periksa adanya pernafasan cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012: 57).

e) 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: 219).

f) Mulut

Saliva tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan

bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2009: 137). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya oral trush (Marmi, 2012: 211).

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: 57).

h) Klavikula

Raba seluruh klavikula untuk memastikan keutuhan terutama pada bayi baru lahir dengan presentasi bokong atau distosia bahu. Periksa adanya fraktur (Kumalasari, 2015: 220).

i) 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 di perhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012: 58).

j) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna. Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Fraser et al, 2009). Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis. Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi, 2012).

k) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten (Marmi, 2012: 58).

l) Genetalia

(1) Laki-laki



Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uterus. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012: 59).

(2) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012: 59).

m) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug sindrom, megokolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012: 59).

n) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau

penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul congenital (Walsh, 2008: 371).

o) 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: 32). Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012: 229).

4) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas system saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney dkk, 2008: 927).

a) Refleks kedipan (glabellar reflex)

Merupakan respons terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya saraf optik (Dewi, 2011: 25).

b) Refleks mencari (rooting reflex)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Indrayani, 2013: 330).

c) Refleks menghisap (sucking reflex)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Wiknjosastro, 2008: 134).

d) Refleks menoleh (tonic neck reflex)

Letakkan bayi dalam posisi telentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstremitas terentang pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstremitas pada sisi lain fleksi. Pada keadaan normal bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar ke sisi pengujian saraf sensoris (Dewi, 2011: 25).

e) Refleks menelan (swallowing reflex)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008: 134).

f) Refleksi terkejut (morro reflex)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi (Indrayani, 2013: 332).

g) Refleksi menggenggam (grasping reflex)

Ketika telapak tangan bayi di stimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012: 71).

h) Refleksi babinsky

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsi fleksi (Marmi, 2012: 71).

i) Refleksi ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012: 71).

j) Refleksi melangkah (walking reflex)



Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012: 72).

k) Refleks merangkak (crawling reflex)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012: 72).

5) Pemeriksaan penunjang

Untuk menunjang diagnosis penyakit guna mendukung atau menyingkirkan diagnosis lainnya (Nurmalasari, 2010:56).

**2. Diagnose kebidanan**

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemia, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral trush, diaper rash (Marmi, 2012: 207).

**3. Intervensi**

A. Diagnose kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik.

1) Tujuan : bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterine ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

2) Kriteria:

a) Keadaan umum baik

b) TTV normal menurut Indrayani (2013: 328) adalah: S: 36,5 °C-37,5 °C, N: 120-160 x/menit, RR: 40-60 x/menit.

c) Bayi menyusu kuat

d) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

3) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 87-88) adalah:

a) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/ tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Wiknjosastro, 2008: 130).

b) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/ tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lanjut.

c) Beri ASI setiap 2 jam 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, 2007).

d) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/ suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi (Leveno, 2009: 292).

- e) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/ suhu normal bayi adalah  $36^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$ . Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi (Indrayani, 2013: 329).

Wiknjosastro (2008: 129) menambahkan intervensi untuk neonatus yaitu:

- f) Memandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

#### B. Potensial masalah

##### 1) Masalah I: Hipoglikemia

###### a) Tujuan

Hipoglikemia tidak terjadi

###### b) Kriteria menurut Ladewig (2006: 180):

- (1) Kadar glukosa dalam darah  $\geq 45$  mg/dL
- (2) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemia yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermia.

c) Intervensi

Intervensi menurut Ladewig (2006: 181-182) adalah:

- (1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.  
R/ bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stress karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemia.
- (2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan stripkimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.  
R/ bayi yang berisiko harus di kaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.
- (3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemia.  
R/ tanda-tanda hipoglikemia yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.



(4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

(5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan memperhatikan suhu lingkungan yang optimal.

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energy bayi.

2) Masalah II: hipotermi

a) Tujuan

Hipotermi tidak terjadi

b) Kriteria:

(1) Suhu bayi  $36^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$  (Indrayani, 2013: 329).

(2) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2009: 373).

c) Intervensi

Intervensi menurut (Ladewig (2006: 184-185).

(1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indicator awal stress dingin.

(2) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian (Saifuddin, 2006: 373).

(3) 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

a) Tujuan

Ikterik tidak terjadi

b) Kriteria menurut Ladewig (2006: 199) adalah:

(1) Kadar bilirubin serum  $\leq 12,9$  mg/dL

(2) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sclera, dan urine.

c) Intervensi

Intervensi menurut Ladewig (2006: 200-201) antara lain:

(1) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/ riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamide, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kernikterus).

(3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney dkk, 2007: 943).

(4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin

menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah dieksresikan.

4) Masalah IV: Seborrhea.

a) Tujuan

Tidak terjadi seborrhea

b) Kriteria

(1) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala.

(2) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 221).

(1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampoo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ shampoo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar.

(2) Oleskan krim hydrocortisone.

R/ krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

(3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan shampoo secara perlahan.



R/ pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat serpihan kulit yang lepas.

- (4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

5) Masalah V: Miliariasis

a) Tujuan

Miliariasis teratasi

b) Kriteria

Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 229):

- (1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan.

- (2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

- (3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa memperingati terlebih dahulu.

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(4) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat.

(5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut.

6) Masalah VI: muntah dan gumoh.

a) Tujuan

Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum.

b) Kriteria

(1) Tidak muntah dan gumoh setelah minum

(2) Bayi tidak rewel

c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 207-208).

(1) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

(2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

7) Masalah VII: oral trush

## a) Tujuan

Oral trush tidak terjadi

## b) Kriteria

Mulut bayi tampak bersih

## c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 211) :

(1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida akbicans penyebab oral trush.

(2) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ mematikan kuman dengan suhu tertentu.

(3) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ mencegah timbulnya oral trush.

## 8) Masalah VIII: diaper rash

## a) Tujuan

Tidak terjadi diaper rash

## b) Kriteria

Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi.

c) Intervensi

Intervensi menurut Marmi (2012: 215):

(1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi.

(2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering.

Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ mencegah timbulnya diaper rash.

(3) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

(4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.



R/ kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

## 2. 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. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

- A. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psikososial-spiritual-kultural.
- B. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform konsen).
- C. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based.
- D. Melibatkan klien/pasien.
- E. Menjaga privacy klien/pasien.
- F. Melaksanakan prinsip mencegah infeksi.
- G. Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan.
- H. Menggunakan sumbernya, sarana dan fasilitas yang ada dan memadai.
- I. Melakukan tindakan sesuai standart.

J. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

### 3. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien. Dengan kriteria:

- A. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- B. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
- C. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

### 4. Dokumentasi

Menurut kemenkes RI (2007), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/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 Konsep dasar asuhan kebidanan keluarga berencana

### 1. Pengkajian Data

#### A. 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, dkk. 2010: 159)

##### b) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013: U-19)

##### c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntuk KB, susuk KB atau AKBK (alat kontrasepsi bawah kulit), AKDR (Manuaba, dkk. 2010: 592)

d) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial dan ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010)

e) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Manuaba, dkk. 2010: 592)

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascalin menurut Affandi (2013 : U-9) adalah :

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
- b) 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 militus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke. (Saifuddin, 2013: 45)



- b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell). (Saifuddin, 2010 : 55)
- c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progeteron. (Affandi, 2013: U-53)
- d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas. Perlu diperlukan konseling prakontrasepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Saifuddin, 2014: 275)
- e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servistis), sedangkan mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin. (Saifuddin, 2013: 70)

#### 4) Riwayat Kebidanan

##### a) Riwayat menstruasi

Bila menyusui atau 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 kemabali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Saifuddin, 2013:68). 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: 54). Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010: 129). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, dkk. 2010: 598)

##### 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 : 51). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septic tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (affandi, 2013: MK-77). IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010: 7)

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: 168). Pasien yang pernah mengalami problem eskpulsi IUD, ketidak mampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidak mampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015: 209)

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya.(Hartanto, 2015: 171).

b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesterin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kecing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015: 172)

c) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala). (Saifuddin, 2010: 35)

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin: 2010: 42)

e) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015: 123). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progetin (Saifuddin, 2010: 55)

## B. Data Obyektif



1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2009:121-122), mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan criteria :

(1) Baik

Pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

(2) Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan composmentis (kesadaran penuh) sampai coma (pasien tidak sadar sama sekali) (Sulistyawati, 2010:122).

c) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah  $< 180/110$  mmHg (Saifuddin, 2010: 43). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, et. al: 2009: 657)

d) Pemeriksaan antropometri

Berat badan, umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh. (Hartanto, 2015: 171).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah ukuran, bentuk, kontur, kesimetrisan, kesimetrisan wajah, lokasi struktur wajah, gerakan involunter, nyeri pada sinus frontal dan maksil (Varney, 2008:35) serta untuk menilai warna, ketebalan, ada ketombe atau tidak (Alimul, 2008: 30)

b) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010: 50)

c) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil

progestin (Saifuddin, 2010: 52). Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia. (Saifuddin, 2010: 75)

d) Hidung

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah napas cuping hidung, deformitas atau penyimpangan septum, kesimetrisan, ukuran, letak termasuk kesimetrisan lipatan nasolabial, rongga hidung bebas sumbatan, perforasi septum nasal. Pemeriksaan nasal dengan spekulum (ukuran, tanda-tanda infeksi, edema pada konka nasalis, polip, tonjolan, sumbatan, ulserasi, lesi, titik-titik perdarahan, rabas, warna mukosa). (Varney. 2008: 36)

e) Telinga

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan adalah pembesaran atau nyeri tekan mastoid, ketajaman pendengaran secara umum, letak telinga di kepala, bentuk, tonjolan, lesi, dan rabas pada aurikula dan ostium, warna, sumbatan, lesi, edema, rabas, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, pemeriksaan membran timpani dengan alat otoskopik (warna, tonjolan atau retraksi, gambaran bayangna

telinga, dengan senter kerucut membran timpani ada atau tidak, jaringan paut, perfrasi) (Varney, 2008:36)

f) Mulut dan tenggorokan

Observasi dan pemeriksaan yang dilakukan

(1) Bau napas

(2) Bibir : kesimetrisan, warna, lesi, edema, tumor, dan fisura

(3) Mulut dan mukosa : lesi, tumor, plak, keutuhan palatum, warna, terlihat pembuluh darah pada mukosa bibir

(4) Gigi : kondisi perbaikan gigi, gigi tanggal, karies

(5) Gusi : perdarahan, lesi, edema, tumor, warna, gusi turun, terdapat pus atau eksudat.

(6) Lidah : kesimetrisan, posisi, tekstur, warna, lesi, tumor, kelembapan lidah, penyimpangan lidah.

(7) Uvula : deviasi uvula, ukuran, pembesaran

(8) Orofaring : tanda infeksi pada faring posterior, fosa tonsila, dan *tonsillar pillar*, inflamasi, edema, perdarahan, eksudat, tanda bercak pus, warna, lesi, tumor, ukuran, kesimetrisan, dan pembesaran tonsil.(Varney. 2008: 36).

g) Leher



Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaranlimfe dan ditemukan bendungan vena jugularis (Romaui, 2011: 174)

h) Dada dan paru-paru

Pemeriksaan dada yang dilakukan meliputi konfigurasi, deformitas, kesimetrisan, ukuran, massa, lesi jaringan perut pada struktur dan dinding dada, retraksi atau penonjolan. (Varney, 2008: 37)

i) Interkosta atau subklavikula

Ekskursi pernapasan sama dikiri dan kanan serta kesimetrisan gerak nafas, frekuensi, kedalaman, irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen). Pada auskultasi paru : bunyi napas normal, rales, mengi, frictio

j) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015: 164). Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010: 49). Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker

payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010: 55)

k) Abdoment

Peringatan khusus bagi penggunaan implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010: 58)

l) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015: 170). 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 (Saifuddin, 2010: 75). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010: 77).

m) Ekstermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010: 58). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010: 77).

## 2. Analisis Data

Analisis/*assesment* merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dan data subyektif dan pbyektif, mencangkup : diagnosis/masalah kebidanan, diagnosis/masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera untuk antisipasi diagnosis/masa;ah potensial (Muslihatu, 2010: 248)

## 3. Diagnosa Kebidanan

PAPIAH Usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.....tahun 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 :PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.....tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

### A. Tujuan

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah

- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai dengan keinginan dan kondisinya.

B. Kriteria

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai
- 3) Ibu terlihat tenang

C. Intervensi menurut Saifuddin (2010: U-3)

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.  
R/ Menyakinkan 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 di inginkan

- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya



R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhan

- 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 kita 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.

D. Kemungkinan Masalah :

- 1) Masalah 1 : Amenorhea

a) Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

b) Kriteria : ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

c) Intervensi menurut Saifuddin (2010: 47) :

- (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 penggunaan KB

2) Masalah 2 : Pusing

a) Tujuan :Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya

b) Kriteria :Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

c) Intervensi menurut Saifuddin (2010: 33)

- (1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menegakkan suatu 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 disktraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

3) Masalah 3 : Perdarahan bercak/ *spotting*

a) Tujuan :Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaan

b) Kriteria :Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

c) Intervensi menurut Saifuddin (2010: 47) adalah :

(1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai tetapi hal ini bukanlah masalah

R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

(2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

R/ Klien dapat merasa nyaman kembali dan tidak mengalami bercak/*spotting*

## 4) Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat disertai nyeri

- a) Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB.
- b) Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya
- c) Intervensi menurut Arum D (2011: 198)

(1) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada pengguna AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama

R/ Mengurangi kecemasan pada ibu

(2) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan

R/ Mengevaluasi penyebab lain perdarahan untuk mengambil tindakan yang tepat

(3) Berikan terapi ibuprofen (800 mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/ Terapi ibuprofen mengandung nonsteroidak antiinflamatori (NSAID) dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.



(4) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu, tawarkan metode pengganti  
R/ Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari pengguna AKDR.

5) Masalah 5 : Kenaikan Berat badan

a) Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak khawatir lagi dengan kenaikan berat badannya

b) Kriteria :Keluhan ibu dengan masalah berat badan berkurang

c) Intervensi :

(1) Lakukan penyuluhan dan penjelasan tentang efek samping dari KB

R/ Akseptor akan mengerti dengan efek samping dari penggunaan kb

### 5. Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI No.77, 2008)

### 6. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/SK/VIII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi

secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

- A. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- B. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- C. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart.
- D. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

#### **7. Dokumentasi**

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan.

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengetahui keadaan/ kejadian yang ditentukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria :

- A. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
- B. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
  - S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
  - O : adalah data obyektif mencatat hasil pemeriksaan
  - A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipasi.

