

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Teori

##### 2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

###### A. Definisi kehamilan

Menurut Federasi Obstetric Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan ini akan berlangsung dalam jangka waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana TM pertama berlangsung selama 12 minggu, TM kedua berlangsung selama 15 minggu ( minggu ke – 13 sampai minggu ke – 27), dan TM ketiga berlangsung selama 13 minggu ( minggu ke – 28 sampai minggu ke – 40 ). Untuk melakukan asuhan antenatal yang baik, diperlukan pengetahuan dan kemampuan untuk mengenali perubahan fisiologik yang terkait dengan proses kehamilan. ( Sarwono, 2009)

## B. Proses kehamilan

Untuk mempelajari proses konsepsi, sebaiknya terlebih dahulu memahami ovum dan sperma

### 1. Ovum

- a) Bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis
- b) Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa menopause
- c) Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium
- d) Mempunyai lapisan pelindung yaitu sel – sel granulose dan zona pellusida yang harus bisa ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan

### 2. Sperma

- a) Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis
- b) Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia
- c) Kemampuan fertilisasi selama 2 – 4 hari, rata – rata 3 hari
- d) Terdapat 100 juta sperma pada setiap milliliter air mani yang dihasilkan, rata – rata 3 cc setiap ejakulasi
- e) Mengeluarkan enzim hialuronidase untuk melunakkan korona radiata atau sel – sel granulose

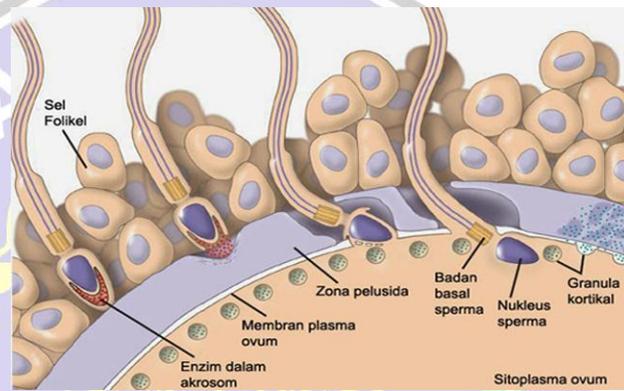
- f) Mempunyai morfologi yang sempurna, yaitu kepala : berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (nukleus), diliputi lagi oleh akrosom dan membrane plasma, leher : menghubungkan kepala dengan bagian tengah, ekor : panjang kurang lebih 10 kali bagian kepala dan dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat

### 3. Fertilisasi

Proses kehamilan dimulai dari *fertilisasi* yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Saat terjadi ejakulasi, kurang lebih 3 cc sperma dikeluarkan dari organ reproduksi pria yang kurang lebih berisi 300 juta sperma. Setelah masuk ke organ genetalia interna wanita, sperma akan menghadapi beberapa rintangan antara lain : lendir vagina yang bersifat asam, lendir serviks yang kental, panjangnya uterus, serta silia yang ada di tuba fallopi. Untuk bisa menghadapi rintangan tersebut, maka sperma harus mempunyai akrosom dan melewati proses kapasitasasi. Sedangkan, ovum akan dikeluarkan dari ovarium sebanyak satu setiap bulan, ditangkap oleh fimbriae dan berjalan menuju tuba fallopi. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah di daerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu sebagai berikut.

a) Tahap penembusan korona radiata

Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai dituba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi



Gambar 2.1  
Proses fertilisasi dan perkembangan zigot pada manusia  
Sumber : Kuswanti, 2014

b) Penembusan zona pellusida

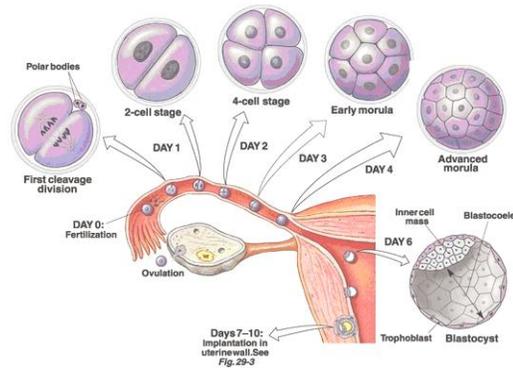
Zona pellusida adalah sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom. Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu yang terlihat mampu menembus oosit

c) Tahap penyatuan oosit dan membrane sel sperma

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 kromosom dan 2 gonosom) dan berbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan YY untuk laki – laki)

4. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei dari 16 sel disebut morula (4 hari). Saat morula memasuki rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di masa sel dalam. Berangsur – angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga atau blastokel sehingga disebut blastokista ( 4 ½ - 5 hari). Sel yang bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa memasuki dinding rahim (endometrium) dan siap berimplantasi (5 ½ - 6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.



Gambar 2.2  
Proses pembentukan zigot menjadi janin  
Sumber : Hani. 2011

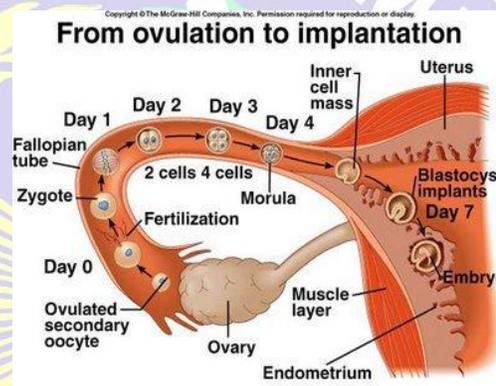
### 5. Nidasi/Implantasi

Nidasi atau implantasi adalah penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blatokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior atau posterior. Pada saat implantasi, selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok – kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan.

Proses nidasi :

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

mudah dihancurkan oleh trofoblas. Blastula dengan bagian yang berisi masa sel dalam (inner-cell mass) akan mudah masuk ke dalam desisua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya, terkadang saat nidasi terjadi sedikit perdarahan alibat luka belakang rahim (korpus) dekat fundus uteri. (Umami. 2011 : 36 – 39)



Gambar 2.3  
Proses terjadinya implantasi  
Sumber : Hani. 2011

### C. Tanda – tanda Kehamilan

1. Tanda pasti kehamilan
  - a) Teraba bagian janin dan dapat dikenal bagian – bagian janin.
  - b) Terdengar dan dapat dicatat bunyi detak jantung.
  - c) Pada pemeriksaan dengan sinar rontgen tampak kerangka janin.

- d) Dengan alat USG dapat diketahui kantung janin, dan dapat diperkirakan usia kehamilan serta dapat menilai pertumbuhan janin.

(Sari. 2015 : 12)

## 2. Tanda tidak pasti kehamilan

Tanda tidak pasti kehamilan dapat dilihat dengan pembesaran uterus. Pada pemeriksaan dalam dijumpai :

- a) Tanda hegar
- b) Tanda brackston hicks
- c) Tanda piscasek
- d) Tanda goodell
- e) Tanda chadwicks
- f) Tandan balotement (Sari. 2015 : 11 – 12 )

## 3. Tanda dugaan hamil

- a) Amenore (berhentinya menstruasi)
- b) Mual (nausea) dan muntah (emesis)
- c) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)
- d) Syncope (pingsan)
- e) Kelelahan
- f) Payudara tegang
- g) Sering miksi
- h) Konstipasi dan obstipasi
- i) Pigmentasi kulit

j) Epulis

k) Varices (Walyani, 2015 : 70 – 72)

#### **D. Pertumbuhan dan Perkembang Embrio**

##### 1. Embrio Usia 2-4 Minggu

Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang

##### 2. Embrio Usia 4-6 Minggu

a) Sudah terbentuk bakal organ-organ

b) Jantung sudah berdenyut dan mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah yang pertama. Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta

c) Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG

d) Panjang embrio 0,64

##### 3. Embrio Usia 8 Minggu

a) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki

b) Pembentukan usus

c) Pembentukan genetalia dan anus

4. Embrio Usia 12 Minggu

- a) Embrio berubah menjadi janin
- b) Usus lengkap
- c) Genetalia dan anus sudah terbentuk

5. Embrio Usia 16 Minggu

- a) Gerakan fetal pertama (*quickening*)
- b) Sudah mulai ada meconium dan verniks caseosa
- c) Sistem rematurenal sudah matang
- d) Sistem saraf mulai melaksanakan rematu
- e) Pembuluh darah berkembang cepat
- f) Tangan janin dapat menggenggam
- g) Kaki menendang dengan aktif
- h) Semua organ mulai matang dan tumbuh
- i) Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar dengan Doppler
- j) Janin 0,2 kg

6. Janin Usia 24 Minggu

- a) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktifitas pembentukan tulang meningkat
- b) Perkembangan pernafasan dimulai
- c) Berat janin 0,7-0,8 kg

7. Janin Usia 28 Minggu

- a) Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu

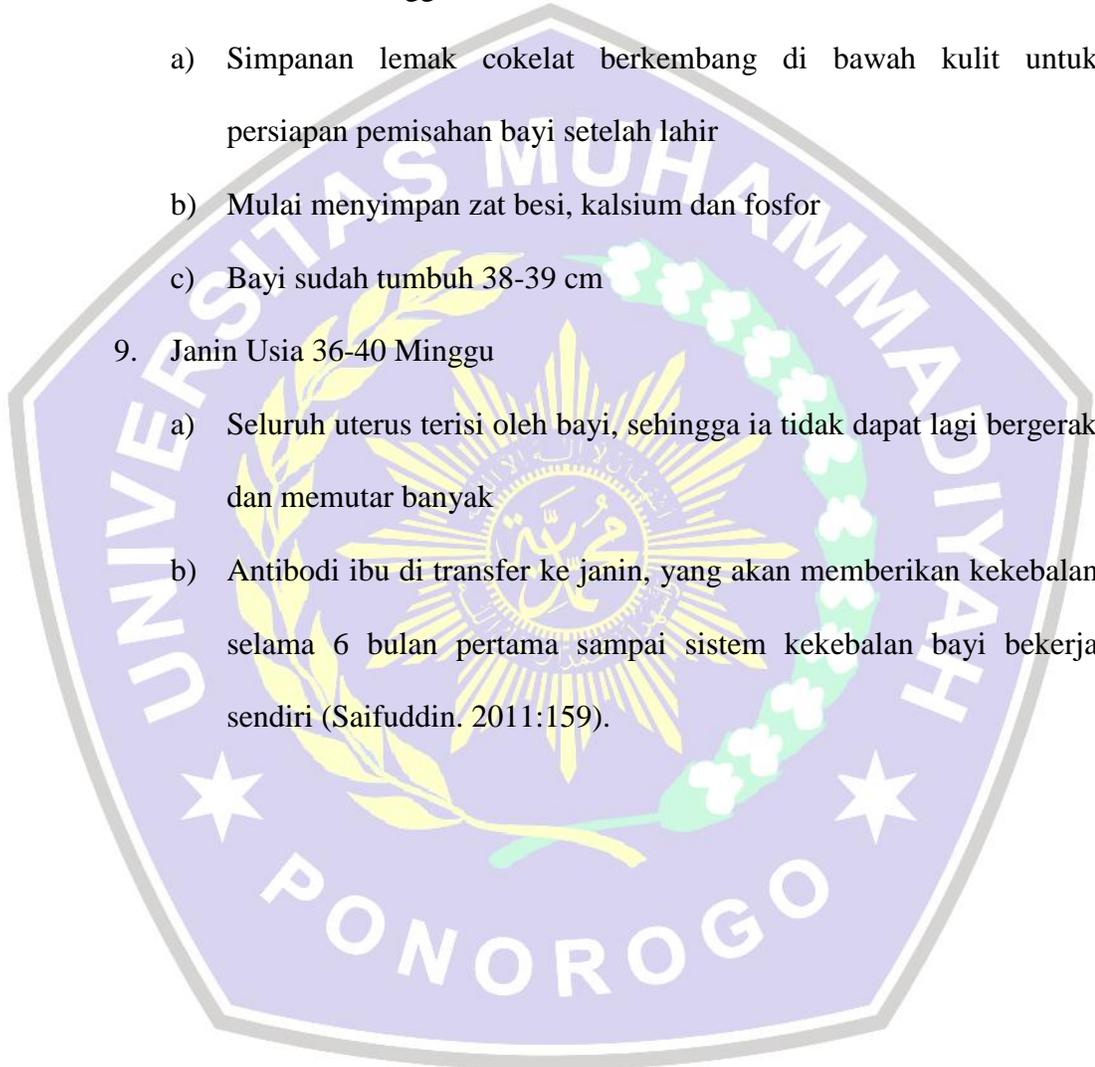
- b) Sufraktan terbentuk di dalam paru-paru
- c) Mata mulai membuka dan menutup
- d) Ukuran janin 2/3 saat lahir

8. Janin Usia 32 Minggu

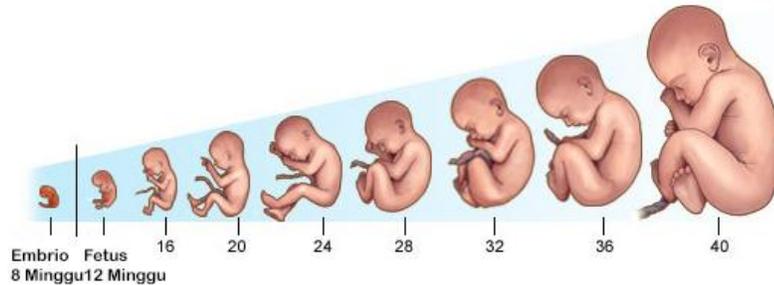
- a) Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir
- b) Mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor
- c) Bayi sudah tumbuh 38-39 cm

9. Janin Usia 36-40 Minggu

- a) Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak
- b) Antibodi ibu di transfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri (Saifuddin. 2011:159).



### Pertumbuhan Janin dalam 40 Minggu



Gambar 2.4  
Tahap Pertumbuhan Janin  
Sumber: Saifuddin, 2011

#### E. Ketidaknyamanan pada kehamilan

##### 1. Mual muntah

Mual muntah yang biasanya dirasakan pada kehamilan dini. Disebabkan oleh respon terhadap hormone dan merupakan pengaruh fisiologi. Untuk penatalaksanaan khusus bisa dengan diet, namun jika muntah terus terjadi maka obat – obat antimetik dapat diberikan. Untuk usahanya berikan nasihat tentang gizi, makan sedikit – sedikit tapi sering, makan makanan padat sebelum bangkit dari berbaring, segera melaporkannya jika gejala vomitus menetap atau bertambah parah, serta mengingatkan pasien bahwa obat antivomit dapat membuatnya mengantuk.

## 2. Pusing/sakit kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang – kadang, dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu kadang disertai penglihatan yang kabur dan berbayang yang merupakan gejala dari pre-eklamsia

## 3. Sekret berlebihan

Merupakan hal yang fisiologis (karena pengaruh estrogen), atau karena kandidiasis (sering), glikosuria, infeksi, trikomonas, gonore. Mencoba untuk menentramkan perasaan pasien dan menyingkirkan kemungkinan infeksi (atau mengobatinya). Beri nasihat dengan menjelaskan bahwa peningkatan sekret vagina merupakan kejadian fisiologis, anjurkan untuk memperhatikan hygiene dengan gunakan celana dalam yang terbuat dari bahan katun tipis atau menghindari celana jeans yang ketat dan pakaian dalam yang sintetis yang akan meningkatkan kelembaban serta iritasi kulit, jangan menggunakan sabun dan basuh dari arah depan kebelakang serta keringkan dengan handuk atau tisu yang bersih serta penanganan pruritus

## 4. Sering buang air kecil

Buang air kecil yang sering ini dirasakan saat kehamilan dini, kemudian kehamilan lanjut. Disebabkan karena progesteron dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim atau kepala bayi yang turun

ke rongga panggul. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi. Berikan nasehat untuk mengurangi minum setelah makan dan minimal 2 jam sebelum tidur, menghindari minum minuman yang mengandung kafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas per hari) perbanyak disiang hari dan lakukan senam kegel.

#### 5. Pergerakan janin

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

#### 6. Pegal – pegal

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. Disebabkan oleh progesteron dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan beban berat yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab yang serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia, dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tubuh (jangan sering membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat,

memberitahukan cara – cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan untuk mengenakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditaruh papan jika diperlukan)

#### 7. Kaki bengkak

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan adalah dengan berkonsultasi dengan dokter jika bengkak dialami pada kelopak mata, wajah dan jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan mata kabur (tanda pre eklamsia). Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki ketika duduk, memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan

#### 8. Nyeri perut bawah

Umumnya dirasakan ketika kehamilan lanjut. Disebabkan oleh progesteron dan relaksi (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta pemingkatab beban berat badan yang dibawa dalam rahim. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan penyebab yang serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia dan istirahat. Berikan nasihat untuk memperhatikan postur tunuh (jangan terlalu membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan

sepatu tumit rendah, hindari mengangkat beban yang berat, memberitahukan cara – cara untuk mengistirahatkan otot punggung, menjelaskan keuntungan untuk mengenakan korset khusus bagi ibu hamil, tidur pada kasur tipis yang dibawahnya ditarus papan jika diperlukan).

#### 9. Konstipasi

Konstipasi terjadi pada bulan – bulan terakhir dan disebabkan oleh progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau bisa juga dikarenakan efek dari terapi tablet zat besi. Penatalaksanaan khusus yaitu dengan diet atau kadang – kadang dapat diberikan pencakar ringan (dengan resep dokter). Asuhan yang diberikan yaitu dengan nasehat makanan yang tinggi serat, buah dan sayur, ekstra cairan, hindari makanan berminyak, dan anjurkan olahraga tanpa dipaksa. (Rahayu. 2017 : 28 – 32)

### **F. Perubahan- perubahan ibu hamil**

#### 1. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil

Perubahan fisiologis dibagi menjadi perubahan yang dapat dilihat dan perubahan yang tidak dapat dilihat.

Perubahan yang dapat dilihat meliputi :

- a) Perubahan pada kulit. Terjadi hiperpigmentasi, yaitu kelebihan pigmen ditempat tertentu. Pada wajah, pipi dan hidung mengalami hiperpigmentasi sehingga menyerupai topeng (topeng kehamilan

atau kloasma gravidarum). Pada areola mammae dan puting susu, daerah yang berwarna hitam disekitar puting susu akan menghitam. Sekitar areola yang biasanya tidak berwarna akan berwarna hitam. Hal ini disebut areola mammae sekunder. Puting susu menghitam dan membesar sehingga lebih menonjol. Pada area suprapubis, terdapat garis hitam yang memanjang dari atas simfisis sampai pusat. Warnanya lebih hitam dibandingkan sebelumnya, muncul garis baru yang memanjang di tengah atas pusat (linea nigra). Pada perut, selain hiperpigmentasi, terjadi stria gravidarum yang merupakan garis pada kulit. Terdapat dua jenis stria gravidarum, yaitu stria livida (garis yang berwarna biru) dan stria albican (garis berwarna putih). Hal ini terjadi karena pengaruh *melanophore stimulating hormone* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis.

- b) Perubahan kelenjar. Kelenjar gondok membesar sehingga leher ibu berbentuk seperti leher pria. Perubahan ini tidak selalu terjadi pada ibu hamil
- c) Perubahan payudara. Perubahan ini pasti terjadi pada wanita hamil karena dengan semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi setelah lahir. Perubahan yang terlihat pada payudara adalah :

- 1) Payudara membesar, tegang, dan sakit

- 2) Vena dibawah kulit payudara membesar dan terlihat jelas
  - 3) Hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu serta muncul areola mammae sekunder
  - 4) Kelenjar Montgomery yang terletak didalam areola mammae membesar dan kelihatan dari luar. Kelenjar montgomery mengeluarkan lebih banyak cairan agar puting susu selalu lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri.
  - 5) Payudara ibu mengeluarkan cairan apabila dipijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu, warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.
- d) Perubahan perut. Semakin mendekati masa persalinan, perut semakin membesar. Biasanya, hingga kehamilan empat bulan, pembesaran perut belum kelihatan. Setelah kehamilan lima bulan, perut mulai kelihatan membesar. Saau hamil tua, perut menjadi tegang dan pusat menonjol ke luar. Timbul stria gravidarum dan hiperpigmentasi pada linea alba dan linea nigra

- e) Perubahan alat kelamin luar. Alat kelamin luar ini tampak hitam kebiruan karena adanya kongesti pada peredaran darah. Kongesti terjadi karena pembuluh darah membesar, darah yang menuju uterus sangat banyak, sesuai dengan kebutuhan uterus yang membesarkan dan member makan janin. Gambaran mukosa vagina yang mengalami kongesti berwarna hitam kebiruan tersebut disebut tanda Chadwick
- f) Perubahan pada tungkai. Timbul varises pada sebelah atau kedua belah tungkai. Pada hamil tua, sering terjadi edema pada salah satu tungkai. Edema terjadi karena tekanan uterus yang membesar pada vena femoralis sebelah kanan atau kiri
- g) Perubahan pada sikap tubuh. Sikap tubuh ibu menjadi lordosis karena perut yang membesar
- h) Berat Badan ibu hamil bertambah. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 kg – 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg/minggu. (Manuaba. 2012. 95)

Perubahan yang tidak bisa dilihat :

- a) Perubahan pada alat pencernaan. Alat pencernaan lebih kendur, peristaltic kurang baik, terjadi hipersekresi kelenjar dalam alat pencernaan sehingga menimbulkan rasa mual, muntah,

hipersalivasi, dan lain – lain. Peristaltik yang kurang baik dapat menimbulkan konstipasi atau obstipasi.

b) Perubahan pada peredaran darah :

- 1) Perubahan pada darah. Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi). Masa puncak terjadi pada umur kehamilan 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah 25-30%, sedangkan sel darah bertambah 20% curah jantung akan bertambah 30%. Bertambahnya hemodilusi darah mulai tampak pada umur kehamilan 16 minggu. Oleh karena itu, ibu hamil yang mengidap penyakit jantung harus berhati – hati. Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim. Namun, pertambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodilusi yang disertai anemia fisiologis.
- 2) Perubahan pada jantung. Selama hamil, jantung memompa untuk dua orang, yaitu ibu dan janin. Bertambahnya cairan darah menambah volume darah, tetapi kepekatan darah berkurang dan pembuluh darah membesar. Oleh karena itu, kerja jantung bertambah berat.

- 3) Perubahan tekanan darah. Biasanya, tekanan darah tidak tinggi meskipun volume darah bertambah, bahkan sedikit turun. Turunnya tekanan darah ini disebabkan oleh kepekatan darah berkurang.
- c) Perubahan pada paru. Paru juga bekerja lebih berat karena mengisap zat asam untuk kebutuhan ibu dan janin. Pada kehamilan tua, posisi paru terdesak ke atas akibat uterus membesar
- d) Perubahan pada perkemihan
  - 1) Ginjal bekerja lebih berat karena harus menyaring ampas dua orang, yaitu ibu dan janin.
  - 2) Ureter tertekan oleh uterus apabila uterus keluar dari rongga panggul. Ureter juga semakin berkelok – kelok dan kendur sehingga menyebabkan perjalanan urine ke kandung kemih melambat. Kuman dapat berkembang ke kelokan itu dan menimbulkan penyakit.
  - 3) Pada bulan kedua kehamilan, ibu lebih sering berkemih karena ureter lebih antefleksi dan membesar
- e) Perubahan pada tulang. Keadaan tulang pada kehamilan juga mengalami perubahan, bentuk tulang belakang menyesuaikan diri dengan keseimbangan badan karena uterus membesar. Oleh karena itu, pada kehamilan lebih dari enam bulan, sikap tubuh ibu tampak menjadi lordosis

- f) Perubahan pada jaringan pembentuk organ. Jaringan menjadi lebih longgar dan mengikat garam
- g) Perubahan pada alat kelamin dalam. Perubahan pada alat kelamin dalam sudah pasti terjadi karena alat kelamin dalam merupakan alat reproduksi. (Samijem. 2008 : 1-5)

## 2. Perubahan psikologis ibu hamil

### a) Trimester I

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

### b) Trimester II

Pada trimester ini ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang di luar dirinya dan dirinya sendiri. banyak ibu yang merasa terlepas dari

rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido

c) Trimester III

Trimester ketiga biasanya disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu pada bayinya. Kadang – kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu – waktu. ini gejala terjadinya persalinan pada ibu.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali dan banyak ibu yang merasa dirinya jelek dan aneh. Selain itu, ibu juga merasa sedih karena akan berpisah dengan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester ini, ibu memerlukan ketenangan dan dukungan dari suami, keluarga, dan bidan. Trimester ini juga saat persiapan aktif untuk kelahiran bayi dan menjadi orang tua. Keluarga mulai menduga – duga apakah bayi mereka laki – laki atau perempuan dan akan mirip siapa. Bahkan sudah mulai memilih nama untuk bayi mereka.

## G. Kebutuhan Ibu Hamil

### 1. Kebutuhan fisiologis

#### a) Oksigen

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

#### b) Nutrisi

Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori per hari, ibu hamil seharusnya mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang).

##### 1) Kalori

Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi – padian, golongan umbi – umbian, dan sagu. Selain sebagai sumber tenaga, bahan makan yang tergolong padi – padian merupakan sumber protein, zat besi, fosfor dan vitamin.

##### 2) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Seiring dengan perkembangan dan pertumbuhan janin

serta perkembangan payudara ibu, keperluan protein pada waktu hamil sangat meningkat. Kekurangan protein dalam makanan ibu mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Kekurangan tersebut juga menyebabkan pembentukan air susu ibu dalam masa laktasi kurang sempurna.

### 3) Mineral

Mineral dapat terpenuhi dengan makanan sehari – hari yaitu buah – buahan, sayur – sayuran, dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makan sehari – hari. Kebutuhan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira – kira 17 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira – kira mengandung 0,9 gram kalsium.

### 4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah – buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi. Kegunaan makanan tersebut adalah :

- (a) Untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan
- (b) Untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri
- (c) Agar luka – luka persalinan lekas sembuh dalam nifas

(d) Guna mengadakan cadangan makanan untuk masa laktasi

c) Personal hygiene

Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit ketiak (ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan keringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium.

d) Pakaian

Pemakaian pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis ibu. Berikut beberapa hal yang perlu diperhatikan ibu dalam berpakaian :

- 1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut
- 2) Bahan pakaian yang mudah menyerap keringat
- 3) Memakai bra yang menyokong payudara
- 4) Memakai sepatu dengan hak yang rendah
- 5) Pakaian dalam yang selalu bersih

e) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan pertambahannya konstipasi.

Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong

Sering buang air kecil merupakan keluhan yang utama dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan II. 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.

f) 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 jika terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelum waktunya.

g) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

h) Istirahat

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

2. Kebutuhan psikologis

Kehamilan adalah suatu krisis maturitas yang dapat menimbulkan stress, tetapi memberikan makna karena dengan keadaan tersebut wanita akan

menyiapkan diri untuk member perawatan dan mengemban tanggung jawab yang lebih besar.

a) Faktor – faktor yang membantu kestabilan emosi calon ibu :

- 1) Ibu sendiri mempunyai masa kanak – kanak yang bahagia sehingga keluarga yang mempunyai anak dianggap sesuatu yang diinginkan dan menyenangkan
- 2) Pandangan mengenai keluarga bahwa didalamnya terdapat hubungan yang saling memuaskan karena ibu telah mendapatkan cinta kasih sewaktu ia kecil maka ia pun mampu untuk memberikan kasih sayang pada anaknya
- 3) Ibu mempunyai hubungan yang sehat dengan suami. Anak hadir sebagai hubungan intim antara dirinya dan suami yang dicintai
- 4) Ibu tidak diganggu oleh kesulitan sosial ekonomi seperti suami tidak bekerja, perumahan yang buruk, penyakit dan lain – lain.
- 5) Support keluarga

Ibu merupakan salah satu anggota keluarga yang sangat berpengaruh, sehingga perubahan apapun yang terjadi pada ibu akan mempengaruhi keluarga. Selama krisis keluarga dan individu dalam keadaan tidak seimbang dan tidak dapat dipecahkan akan mengakibatkan tingkah laku *maladaptif* dalam anggota keluarga dan kemungkinan terjadi perpecahan antara

anggota keluarga. Pemecahan masalah dipengaruhi oleh individu dan keluarga yaitu :

- (a) Bagaimana organisasi keluarga itu;
- (b) Pengalaman yang lalu menghadapi krisis;
- (c) Cara – cara menggunakan pola pemecahan masalah;
- (d) Kemampuan dan adanya sumber – sumber.

Agar kehamilan berjalan dengan lancar dan ibu dapat mengadakan hubungan yang sehat dengan bayinya, maka reaksi ibu terhadap kehamilan seharusnya :

- (a) Menerima kehamilan
  - (b) Menghilangkan rasa takut terhadap persalinan
  - (c) Menerima peran ibu
  - (d) Menciptakan ikatan antara ibu dan bayinya
- 6) Support dari tenaga kesehatan

Peran bidan dalam perubahan dan adaptasi psikologi adalah dengan member support atau dukungan moral bagi klien, meyakinkan bahwa klien dapat menghadapi kehamilannya dengan perubahan yang dirasakannya adalah sesuatu yang normal. Bidan harus bekerja sama dan membangun hubungan yang baik dengan klien agar terjalin hubungan yang terbuka antara bidan dan klien. Keterbukaan ini

akan mempermudah bidan memberikan solusi terhadap permasalahan yang dihadapi klien.

Bidan juga berfungsi sebagai fasilitator bagi kliennya. Bidan dapat membagi pengalaman yang pernah dirasakan bidan itu sendiri, misalnya jika bidan tersebut juga pernah merasakan kehamilan, hal ini akan membuat klien mengerti akan fungsi bidan yang di satu sisi sebagai seorang bidan dan di sisi lain sebagai manusia biasa. Bidan juga berperan sebagai pendidik, bidan yang memutuskan apa yang harus diberitahukan kepada klien dalam menghadapi kehamilannya agar selalu waspada terhadap perubahan yang terjadi.

b) Rasa aman dan nyaman selama kehamilan

Orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil biasanya ialah sang anak. Semakin banyak bukti menunjukkan bahwa wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangannya selama hamil akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih sedikit komplikasi persalinan, dan lebih mudah melakukan penyesuaian selama masa nifas. Ada kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama ia hamil. Kebutuhan pertama ialah menerima tanda – tanda bahwa ia dicintai dan dihargai. Kebutuhan kedua ialah merasa yakin akan penerimaan pasangannya terhadap sang anak dan mengasimilasi bayi tersebut kedalam keluarga.

Wanita hamil harus memastikan tersedianya akomodasi sosial dan fisik dalam keluarga dan rumah tangga untuk anggota keluarga baru tersebut.

c) Persiapan menjadi orang tua

Menjadi orang tua merupakan proses yang terdiri dari dua komponen. Komponen pertama, bersifat praktis atau mekanis, melibatkan ketrampilan kognitif dan motorik; komponen kedua, bersifat emosional, melibatkan ketrampilan afektif dan kognitif.

1) Ketrampilan kognitif-Motorik

Komponen pertama dalam proses menjadi orang tua melibatkan aktivitas perawatan anak, seperti member makan, menjaganya dari bahaya, meungkannya untuk bisa bergerak. Aktivitas yang berorientasi pada tugas ini atau ketrampilan kognitif-motorik tidak terlihat secara otomatis pada saat bayi lahir. Kemampuan ini dipengaruhi oleh pengalaman pribadinya dan budayanya.

2) Ketrampilan kognitif-afektif

Komponen psikologis dalam menjadi orang tua, sifat keibuan atau kebakapan tampaknya berakar dari pengalaman orang tua dimasa kecil saat mengalami dan menerima kasih sayang dari ibunya.

d) Persiapan sibling

Kehadiran seorang adik yang baru dapat merupakan krisis utama bagi seorang anak. Anak sering mengalami perasaan kehilangan atau merasa cemburu karena digantikan oleh bayi yang baru. Beberapa faktor yang mempengaruhi respon seorang anak adalah umur, sikap orang tua, peran ayah, lama waktu berpisah dengan ibu, peraturan kunjungan di rumah sakit, dan bagaimana anak itu dipersiapkan untuk suatu perubahan. (Kusmiyati. 2013 : 132 – 136)

## H. Komplikasi Pada Ibu Dan Janin Selama Kehamilan

### 1. Kehamilan Muda

#### a) Perdarahan per Vagina

##### 1) Abortus

(a) Abortus imminens disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi jika ditemukan perdarahan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil yang positif. Dalam kasus ini keluarnya janin masih dapat dicegah dengan memberikan terapi hormonal dan antispasmodic serta istirahat. Jika setelah beberapa minggu ternyata perdarahan masih ditemukan dan dalam dua kali tes kehamilan menunjukkan hasil yang negative, maka harus dilakukan

kuretase karena hal tersebut menandakan abortus sudah terjadi (Sulistyawati, 2012:163-172).

(b) Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung) terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban (Sulistyawati, 2012:163-172).

(c) Abortus habitualis (keguguran berulang) terjadi jika telah mengalami keguguran berturut-turut selama lebih dari tiga kali (Sulistyawati, 2012:163-172).

(d) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) adalah jika terjadi perdarahan per vagina disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desidua atau plasenta. Gejala yang menyertai adalah amenore, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar bisa banyak atau sedikit (Sulistyawati, 2012:163-172).

(e) Abortus kompletus (keguguran lengkap) jika ditemukan pasien dengan perdarahan per vagina disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim dalam keadaan kosong (Sulistyawati, 2012:163-172).

## 2) Kehamilan Mola

Disebut kehamilan anggur, yaitu adanya jonjot korion (*chorionic villi*) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan. Ini merupakan bentuk neoplasma trofoblas yang jinak (*benigna*). Tanda dan gejalanya adalah sebagai berikut:

- (a) Terdapat gejala-gejala kehamilan muda yang lebih nyata dari kehamilan normal, mual muntah yang berlebihan.
- (b) Kadang kala ada tanda toksemia gravidarum (pusing, gangguan penglihatan, dan tekanan darah tinggi).
- (c) Terdapat perdarahan sedikit atau banyak, warna tengguli tua atau kecokelatan, tidak teratur.
- (d) Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- (e) Keluar jaringan mola (seperti anggur) yang merupakan diagnosis pasti, namun jaringan mola ini tidak selalu ditemukan.
- (f) Muka dan badan kelihatan lebih pucat atau kekuning-kuningan, yang disebut muka mola (*mola face*).
- (g) Tidak teraba bagian-bagian *ballotement* janin dan gerakan janin.
- (h) Tidak terdengar DJJ, terdengar bising dan bunyi khas.

- (i) Pada tes kehamilan ditemukan kadar HCG yang tinggi.
- (j) Pada foto rontgen abdomen tidak terlihat adanya kerangka janin (pada usia kehamilan lebih dari tiga bulan).
- (k) Pada pemeriksaan USG ditemukan adanya gambaran badai salju (gambaran khas pada kehamilan mola) dan tidak terlihat adanya janin.

(Sulistyawati, 2012:163-172)

### 3) Kehamilan ektopik

Dinamakan kehamilan ektopik jika kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berada didalam endometrium uterus. Keadaan ini akan meningkat menjadi kehamilan ektopik terganggu (KET) pada usia kehamilan lebih dari 10 minggu. Gejala-gejala klinis yang biasanya ditemui adalah sebagai berikut:

- (a) Gejala amenore serta keluhan hamil muda
- (b) Pada KET jika terjadi abortus tuba, maka kemungkinan keluhan tidak begitu berat, hanya ada rasa sakit di perut dan pengeluaran darah per vagina
- (c) Perasaan nyeri dan sakit yang tiba-tiba di perut seperti di iris-iris dengan pisau disertai dengan muntah dan bisa sampai jatuh pingsan

- (d) Pada pemeriksaan tanda vital didapat denyut nadi yang kecil dan halus, serta tekanan darah yang rendah sampai tidak terukur
- (e) Nyeri bahu karena adanya rangsangan ke diafragma
- (f) Terdapat tanda Cullen, yaitu adanya warna biru lebam pada linea alba atau sekitar pusat
- (g) Adanya nyeri goyang porsio
- (h) *Douglas crise*, yaitu rasa nyeri tekan hebat ketika kavum Douglas ditekan
- (i) Teraba massa retrouterin (massa pelvis)
- (j) Per vaginam keluar *desidual cast*
- (k) Pada pemeriksaan palpasi dan perkusi terdapat tanda-tanda perdarahan intra-abdominal
- (l) Pada pemeriksaan Hb serial didapat penurunan kadar Hb, selain itu juga terjadi leukositosis
- (m) Cara lain yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis KET adalah dengan pemeriksaan diagnostic laparaskopi dan USG. (Sulistyawati, 2012:163-172)

b) Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan

dapat membahayakan kehidupan. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan hiperemesis adalah sebagai berikut:

- 1) Kemungkinan vili korialis masuk ke dalam darah
- 2) Adanya faktor alergi
- 3) Adanya faktor predisposisi, seperti primigravida dan overdistensi rahim
- 4) Adanya faktor psikologis, seperti ketidakharmonisan dalam rumah tangga, kehamilan yang tidak diinginkan, atau ketidaksiapan untuk memiliki anak (takut hamil)

Hiperemesis gravidarum memiliki gejala-gejala yang berbeda sesuai dengan tingkatannya, yaitu sebagai berikut:

(a) Tingkat I

- (1) Mual muntah terus-menerus sehingga memengaruhi keadaan umum, terjadi dehidrasi.
- (2) Tekanan darah menurun, denyut nadi meningkat, dan dapat disertai dengan naiknya suhu tubuh.
- (3) Nyeri epigastrium.

(b) Tingkat II

- (1) Dehidrasi bertambah yang ditandai dengan: turgor kulit makin berkurang, lidah kering dan kotor, berat badan menurun, mata cekung.

- (2) Gangguan sirkulasi darah yang ditandai dengan: nadi cepat dan tekanan darah menurun, hemokonsentrasi, oliguria, obstipasi.
- (3) Gangguan metabolisme yang ditandai dengan: terjadi metabolisme anaerob dalam pemecahan lemak yang menyebabkan adanya badan keton, dijumpai dalam urine dan napas (bau keton), gangguan fungsi lever, terjadi ikterus.

(c) Tingkat III

- (1) Dehidrasi makin berat
- (2) Mual muntah berhenti
- (3) Terjadi perdarahan dari esophagus dan retina
- (4) Gangguan fungsi lever (ikterus) yang terus meningkat
- (5) Penurunan kesadaran, somnolen sampai koma.

(Sulistiyawati, 2012:163-172)

2. Kehamilan Lanjut

a) Perdarahan per Vagina

1) Plasenta previa

Keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Tiga klasifikasi plasenta previa, yaitu sebagai berikut:

- (a) Plasenta previa totalis (sentralis): seluruh ostium ditutupi plasenta.
- (b) Plasenta previa parsialis (lateralis): sebagian ostium ditutupi plasenta.
- (c) Plasenta previa letak rendah (marginalis): tepi plasenta berada 3-4 cm di atas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba. (Sulistyawati, 2012:163-172)

## 2) Solusio Plasenta

Suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum jalan lahir, biasanya dihitung sejak usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Solusio plasenta menurut derajat lepasnya plasenta dibagi menjadi:

- (a) Solusio plasenta lateralis/parsialis: bila hanya sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempat perlekatannya.
- (b) Solusio plasenta totalis: bila seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari perlekatannya.
- (c) Prolapses plasenta: kadang-kadang plasenta ini turun ke bawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam. (Sulistyawati, 2012:163-172)

## 2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

### A. Pengertian

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

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang pasien dan keluarganya. Sangat penting untuk diingat bahwa persalinan adalah proses yang normal dan merupakan kejadian yang sehat. Namun demikian, potensi terjadinya komplikasi yang mengancam nyawa selalu ada sehingga bidan harus mengamati dengan ketat pasien dan bayi sepanjang proses melahirkan. Dukungan yang terus – menerus dan penatalaksanaan yang terampil dari bidan dapat menyumbangkan suatu pengalaman melahirkan yang menyenangkan dengan hasil persalinan yang sehat dan memuaskan. (Sulistyawati. 2010)

### B. Lima benang merah persalinan

Ada lima aspek dasar atau Lima Benang Merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai

aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah :

1. 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. Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (evidence-based), ketrampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyesuaikan masalah dan terfokus pada pasien (Damayanti. 2014)

★ Semua upaya diatas akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengalaman ilmunya kepada pasien atau klien. Pengetahuan dan ketrampilan saja ternyata tidak dapat menjamin asuhan atau pertolongan yang diberikan dapat memberikan hasil yang maksimal atau memenuhi standar kualitas pelayanan dan harapan pasien apabila tidak disertai dengan perilaku yang terpuji. (Damayanti. 2014 : 15-16)

## 2. Aspek sayang ibu

Asuhan sayang ibu dan bayi adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Membayangkan asuhan sayang ibu/ASI adalah dengan menanyakan padadiri kita sendiri”apakah asuhan seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil”. Salah satu prinsip Asuhan Sayang Ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama persalinan.

Beberapa contoh penerapan Asuhan Saang Ibu saat persalinan adalah :

- a) Panggil ibu sesuai nama, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- b) Jelaskan asuhan yang akan diberikan sebelum memulai asuhan
- c) Jelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarga
- d) Anjurkan ibu bertanya, membicarakan rasa takut/kekhawatiran dan mendukung ibu
- e) Lakukan praktek pencegahan infeksi/PI yang baik secara konsisten
- f) Ibu dipimpin meneran dalam posisi yang diinginkan
- g) Anjurkan ibu minum dan makan makanan ringan bila menginginkan
- h) Hargai privasi ibu
- i) Hargai dan perbolehkan praktek tradisional yang tidak merugikan
- j) Hindari tindakan yang tidak ada indikasinya
- k) Bayi diberikan pada ibu untuk dipeluk segera setelah lahir

- l) Membantu memulai pemberian ASI dalam ½ jam pertama kelahiran
- m) Siapkan rencana rujukan (jika perlu)
- n) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi (bahan, perlengkapan, dan obat) yang diperlukan dengan baik
- o) Ibu boleh berjalan – jalan sampai pembukaan lengkap
- p) Episiotomi pada janin gawat
- q) Bidan mengupayakan kenyamanan ibu selama proses persalinan
- r) Bayi ditaruh diatas perut ibu segera setelah lahir
- s) Tidak melakukan pengisapan lendir segera setelah bayi lahir secara rutin
- t) Segera mengeringkan bayi setelah lahir
- u) Tidak langsung memandikan bayi segera setelah lahir (Dewi. 2012: 31-32)

### 3. Aspek pencegahan infeksi

Beberapa definisi dalam pencegahan infeksi antara lain:

- a) Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk di lakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi daran dan cairan tubuh .
- b) Sterilisasi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme ( bakteri, benda, parasit dan virus) termasuk

endospora bakteri dari benda-benda mati atau instrument.

- c) Antisepsis adalah usaha mencegah infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.
- d) Aseptic adalah semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme pada kulit, jaringan dan benda-benda mati hingga tingkat aman.
- e) Desinfeksi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit pada benda-benda mati atau instrument.
- f) Desinfeksi tingkat tinggi adalah suatu proses yang menghilangkan mikroorganisme kecuali beberapa endospora bakteri pada benda mati dengan merebus, mengukus atau penggunaan desinfektan kimia.
- g) Mencuci dan membilas adalah suatu proses menghilangkan semua debu, kotoran, darah dan bagian tubuh lain yang tampak pada obyek mati dan membuang sejumlah besar mikroorganisme untuk mengurangi resiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau mengenai benda tersebut ( proses ini terdiri dari pencucian dengan sabun atau detergen dan air, pembilasan dengan air bersih dan pengeringan dengan seksama).

4. Prinsip-prinsip pencegahan infeksi yang efektif berdasarkan:

- a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap bersifat simtomatik (tanda gejala)
- b) Setiap orang harus beresiko terkena infeksi
- c) Permukaan benda sekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah dianggap harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan harus diproses secara benar.
- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan dan benda asing lainnya diproses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi.
- e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan menerapkan tindakan-tindakan Pencegahan Infeksi secara benar dan konsisten.
  - 1) Tindakan-Tindakan Pencegahan Infeksi
    - (a) Cuci Tangan
    - (b) Memakai sarung tangan
    - (c) Memakai perlengkapan pelindung
    - (d) Menggunakan aseptis atau teknik aseptik
    - (e) Memproses alat bekas pakai
    - (f) Menangani peralatan tajam dengan aman

(g) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara teratur.

2) Pengendalian infeksi

(a) Mencuci tangan

(b) Perlindungan mata

(c) Menggunakan masker

(d) Memakai sarung tangan steril

(e) Pemrosesan alat bekas pakai

3) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah langkah pertama dalam menangani peralatan, perlengkapan sarung tangan dan benda-benda lainnya yang terkontaminasi. Segera setelah digunakan masukkan benda-benda yang telah terkontaminasi kedalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit. Ini akan dengan cepat mematikan virus hepatitis B dan HIV/AIDS. Pastikan bahwa benda-benda yang terkontaminasi telah terendam seluruhnya dalam larutan klorin.

(a) Rumus membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrasi berbentuk cair Jumlah bagian air = – 1

Contoh: untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5,25% (misalkan bayclin). Jumlah bagian air – 1.

Tambahkan 9 bagian (pembulatan kebawah dari 9,5) air

kedalam 1 bagian larutan klorin konsentrat (5,25%).

Catatan: air tidak perlu dimasak (wiknjosastro, 2014).

(b) Rumus membuat larutan klorin dari serbuk kering

Jumlah bagian air x 1000

Contoh: Untuk membuat larutan klorin 0.5% dari serbuk yang bisa melepaskan klorin seperti kalsium hipoklorida yang mengandung 35% klorin:  $\text{Gram/liter} \times 1000 = 14,3 \text{ gram/liter}$

Tambahkan 14 gram (pembulatan kebawah dari 14.3 serbuk kedalam 1 liter air mentah yang bersih (Wiknjosastro, 2014).

4) Pencucian dan pembilasan

Pencucian adalah sebuah cara yang efektif untuk menghilangkan sebagian besar mikroorganisme pada peralatan dan instrument yang kotor atau sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun desinfeksi tingkat tinggi menjadi kurang efektif tanpa proses pencucian sebelumnya.

(a) Perlengkapan atau bahan-bahan untuk mencuci peralatan

(1) Sarung tangan karet yang tebal atau sarung tangan rumah tangga dari lateks

(2) Sikat halus (boleh menggunakan sikat gigi)

(3) Tabung suntik ( minimal ukuran 10 ml : untuk membilas bagian dalam kateter, termasuk kateter penghisab lendir ).

(4) Wadah plastic atau baja anti karet (stainless steel).

(5) Air bersih

(6) Sabun atau deterjen.

(b) Tahap-tahap pencucian dan pembilasan

(1) Gunakan sarung tangan yang tebal pada kedua tangan

(2) Ambil peralatan bekas pakai yang sudah didekontaminasi (hati-hati bila memegang peralatan yang tajam, seperti gunting dan jarum jahit)

(3) Agar tidak merusak benda-benda yang terbuat dari plastic atau karet, jangan dicuci secara bersamaan dengan peralatan yang terbuat dari bahan logam.

(4) Cuci setiap benda tajam secara terpisah dan hati-hati, gunakan sikat dengan air dan sabun untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran, buka engsel gantung dan klem, sikat dengan seksama terutama

bagian sambungan pojok peralatan, pastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal.

(5) Ulangi prosedur tersebut dengan air bersih

(6) Jika peralatan akan didisinfeksi tingkat tinggi secara kimiawi (misalnya dalam larutan klorin 0,5%) tempatkan peralatan dalam wadah yang bersih dan biarkan kering sebelum memulai proses DTT.

(7) Peralatan yang akan didisinfektan tingkat tinggi dengan cara dikukus atau direbus atau diseterilisasi didalam autoklaf atau open panas kering, tidak usah dikeringkan sebelum proses DTT atau sterilisasi dimulai.

(8) Selagi masih memakai sarung tangan, cuci tangan dengan air dan sabun kemudian bilas secara seksama dengan menggunakan air bersih.

(9) Gantungkan sarung tangan dan biarkan dengan cara diangin-anginkan.

#### 5) Desinfeksi Tingkat Tinggi dan Sterilisasi

Meskipun sterilisasi merupakan cara yang paling efektif membunuh mikroorganisme, sterilisasi tidak perlu memungkinkan dan tidak selalu praktis. DTT adalah satu-

satunya alternative untuk situasi tersebut. DTT bisa dicapai dengan cara merebus, mengukus, atau secara kimiawi.

(a) DTT dengan cara Merebus

- (1) Gunakan panci dengan penutup rapat
- (2) Ganti air setiap kali mendesinfeksi peralatan
- (3) Rendam peralatan hingga semuanya terendam dalam air
- (4) Mulai panaskan air
- (5) Mulai hitung air waktu saat air mulai mendidih
- (6) Jangan tambahkan benda apapun kedalam air mendidih setelah perhitungan dimulai:
  - Rebus selama 20 menit
  - Catat lama waktu perebusan peralatan didalam buku khusus
  - Biarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan
  - Setelah peralatan kering, gunakan segera atau simpan dalam wadah desinfeksi tinggi dan ditutup. Peralatan bisa disimpan sampai 1 minggu asalkan penutupnya tidak dibuka.

(b) DTT dengan mengukus

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

(1) Gunakan panicle perebus yang memiliki 3 susunan nampan pengukus.

(2) Gulung bagian atas sarung tangan sehingga setelah DTT selesai, sarung tangan dapat dipakai tanpa membuat kontaminasi baru.

(3) Letakan sarung tangan pada baki atau nampan pengukus yang berlubang dibawahnya, agar mudah dikeluarkan dari bagian atas panicle pengukus. Letakan sarung tangan dengan bagian jarinya kearah tengah panicle. Jangan menumpuk sarung tangan.

(4) Ulangi proses tersebut hingga semua nampan pengukus terisi sarung tangan. Susun 3 nampan pengukus yang berisi air, letakan sebuah panicle perebus kosong disebelah kompor.

(5) Letakan penutup diatas panci pengukus paling atas dan panaskan air hingga mendidih, jika air mendidih perlahan, hanya sedikit uap air yang dihasilkan dan

suhunya mungkin tidak cukup tinggi untuk membunuh mikroorganisme, jika air mendidih terlalu cepat, air akan menguap dengan cepat dan bahan bakar akan terbang.

(6) Jika uap mulai keluar dari celah-celah diantara panci pengukus, mulailah perhitungan waktu. Catat lamanya waktu pengukusan dalam buku kusus.

(7) Kukus sarung tangan selama 20 menit

(8) Angkat nampan pengukus paling atas yang berisi sarung tangan dan goyangkan perlahan-lahan agar air tersisa pada sarung tangan dapat menetes keluar.

(9) Letakan nampan pengukus diatas panci perebus yang kosong disebelah kompor.

(10) Ulangi langkah tersebut hingga semua nampan pengukus yang berisi sarung tangan tersusun diatas panci perebus yang kosong. Letakan penutup diatasnya hingga sarung tangan menjadi dingin dan kering tanpa terkontaminasi.

(11) Biarkan sarung tangan kering dengan cara diangin-anginkan sampai kering didalam panci selama 4-6 jam. Jika diperlukan segera biarkan sarung tangan menjadi dingin selama 5-10 menit dan

kemudian digunakan dalam waktu 30 menit pada saat masih basah atau lembab.

- (12) Jika sarung tangan tidak akan dipakai segera setelah kering, gunakan pinset desinfeksi tingkat tinggi untuk memindahkan sarung tangan. Letakan sarung tangan lembut dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi. Lalu tutup rapat. Sarung tangan lembut bisa digunakan dalam 1 minggu.

(c) DTT dengan kimiawi

- (1) Letakan peralatan yang telah kering sudah didekontaminasi dan sudah dicuci dalam wadah. Kemudian isi wadah tersebut dengan larutan kimia.
- (2) Pastikan bahwa peralatan terendam semua dalam larutan kimia.
- (3) Rendam peralatan selama 20 menit
- (4) Catat lama waktu terendam dalam larutan kimia di buku khusus
- (5) Bilas peralatan dengan air matang dan diangin-anginkan sampai kering di wadah desinfeksi tingkat tinggi yang tertutup
- (6) Setelah kering peralatan dapat digunakan atau disimpan dalam wadah desinfeksi tingkat tinggi yang

bersih (Eny, 2011)

#### 4. Aspek pencatatan (Dokumentasi)

Dokumentasi dalam manajemen kebidanan merupakan bagian yang sangat penting. Hal ini dikarenakan :

- a) Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen pasien
- b) Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi diantara petugas kesehatan
- c) Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari satu petugas ke petugas lain, atau dari petugas ke fasilitas
- d) Informasi dapat digunakan untuk evaluasi, untuk melihat apakah perawatan sudah dilakukan dengan tepat, mengidentifikasi kesenjangan yang ada, dan membuat perubahan serta perbaikan peningkatan manajemen perawatan pasien
- e) Memperkuat keberhasilan manajemen sehingga metode – metode dapat dilanjutkan dan disosialisasikan kepada yang lain
- f) Data yang ada dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus
- g) Dapat digunakan sebagai data statistik untuk catatan nasional
- h) Sebagai data statistik yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian ibu dan bayi

Dalam asuhan persalinan normal, system pencatatan yang digunakan adalah partograf, hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada partograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tersebut tidak dilakukan. (Annisa. 2017: 14-15)

#### 5. Rujukan medik

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap. Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggungjawab timbale balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dari satu unit ke unit yang lebih lengkap/Rumah sakit) maupun horizontal (dari bagian satu ke bagian lain dalam satu unit). Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu/bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan.

##### a) Kegiatan rujukan dan pelayanan kebidanan :

- 1) Pengiriman orang sakit dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap
- 2) Rujukan kasus – kasus patologik pada kehamilan, persalinan, dan nifas
- 3) Pengiriman kasus masalah reproduksi manusia lainnya
- 4) Pengiriman bahan laboratorium

Kaji ulang rencana rujukan dengan ibu dan keluarganya. Jika ibu belum membuat rencana rujukan selama kehamilannya, penting untuk dapat mendiskusikan rencana tersebut dengan ibu dan keluarganya di awal persalinan. Jika timbul masalah pada saat persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kali sulit untuk melakukan semua persiapan – persiapan secara cepat. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal – hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

B (Bidan) → pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawa ke fasilitas rujukan

A (Alat) → bawa perlengkapan dan bahan – bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ke tempat rujukan yang mungkin diperlukan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan

K (Keluarga) → beri tahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Suami/anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan BBL hingga fasilitas rujukan

S (Surat) → berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL, cantumkan

alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan / obat – obatan yang diterima ibu dan BBL. Sertakan partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik

O (Obat) → bawa obat – obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan

K (Kendaraan) → siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman

U (Uang) → ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat – obatan yang diperlukan dan bahan – bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan

Da (Darah&Doa) → persiapkan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan. (Oktarina. 2016: 11-13)

### C. Sebab – sebab mulainya persalinan

#### 1. Teori penurunan kadar hormon progesteron

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

## 2. Teori rangsangan estrogen

Estrogen menyebabkan irritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada deciduas dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium)

## 3. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tetapi berlangsung lama dengan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormone yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis dan tidak banyak dijumpai pada serviks.

## 4. Teori keregangan

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot – otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta

## 5. Teori fetal membrane

Meningkatnya hormone estrogen menyebabkan terjadinya esterifikasi yang menghasilkan arachnoid acid, arachnoid acid bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang menyebabkan kontraksi miometrium

#### 6. Teori plasenta sudah tua

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

#### 7. Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks mejadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (Segmen Atas Rahim) dan SBR (Segmen Bawah Rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi. (Oktarina. 2016: 3-4)

### **D. Tanda – tanda persalinan**

#### 1. Adanya kontraksi rahim

Tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adanya mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan involuter, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut lahir untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta.

Setiap kontraksi uterus memiliki tiga fase yaitu :

- a) Increment : ketika intensitas terbentuk
- b) Acme : puncak atau maksimum
- c) Decement : ketika otot relaksasi

Menurut Walyani (2016 : 120) mulanya kontraksi terasa seperti sakit pada punggung bawah berangsur – angsur bergeser ke bawah perut mirip dengan mules saat haid. Kontraksi uterus memiliki periode relaksasi yang memiliki fungsi penting untuk mengistirahatkan otot uterus, member kesempatan istirahat bagi wanita, dan mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontraksi pembuluh darah plasenta. Ketika otot uterus berelaksasi di antara kontraksi, uterus terasa lembut dan mudah ditekan, karena uterus berkontraksi, ototnya menjadi keras dan keseluruhan uterus terlihat naik ke atas pada abdomen sampai ke ketinggian yang tertinggi.

Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan wanita tersebut. Kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata – rata 60 detik. Pada awal persalinan, kontraksi mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik. Ketika merasakan kontraksi uterus, mulailah menghitung waktunya. Catatlah lamanya waktu waktu antara satu kontraksi dengan kontraksi berikutnya, dan lamanya kontraksi berlangsung.

## 2. Keluarnya lendir bercampur darah

Menurut Maulana (2008) lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud sebagai bloody slim.

Bloody slim paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. Ketika melihat rabas kering, wanita sering kali berpikir bahwa ia melihat tanda persalinan. Bercak darah tersebut biasanya akan terjadi beberapa hari sebelum kelahiran tiba, tetapi tidak perlu khawatir dan tidak perlu tergesa-gesa ke rumah sakit, tunggu sampai rasa sakit di perut atau dibagian belakang dan dibarengi oleh kontraksi yang teratur. Jika keluar perdarahan hebat, dan banyak seperti menstruasi segera ke rumah sakit. (Elisabeth. 2016)

## 3. Keluarnya air ketuban

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Selama 9 bulan masa gestasi bayi aman melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air – air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari

ketuban yang pecak akibat kontraksi yang makin sering terjadi (Elisabeth. 2016)

#### 4. Pembukaan serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama – tama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi serviks yang cepat. (Elisabeth. 2016). Membukanya leher rahim sebagai respon terhadap kontraksi yang berkembang. Tanda ini tidak dirasakan oleh pasien tetapi dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam. Petugas akan melakukan pemeriksaan untuk menentukan pematangan, penipisan, dan pembukaan leher rahim. (Elisabeth. 2016). Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda – beda sebelum persalinan, kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan (Elisabeth. 2016 : 7 – 10)

### **E. Tanda – tanda permulaan persalinan**

#### 1. Awal persalinan

Hal ini merupakan bagian dari tugas bidan untuk memastikan bahwa para wanita telah mendapatkan informasi yang cukup untuk bisa membantu mereka untuk mengenali datangnya persalinan yang sebenarnya. Ibu harus mengadakan kontak dengan bidan pada saat kontraksi uterus yang berirama dan teratur sudah mulai dirasakan, dan terjadi pada selang waktu 10 menit dan dirasakan sebagai ketidaknyamanan dan menyakitkan. Kontraksi biasanya diikuti atau

dibarengi oleh munculnya lendir bercampur noda darah. Kadang – kadang selaput ketuban bisa pecah dan hal itu harus dilaporkan kepada bidan

## 2. Pra-Persalinan

Menurut Elisabeth (2016) ialah suatu istilah yang diberikan kepada minggu terakhir dari kehamilan pada saat dimana terjadi sejumlah perubahan.

3. Lightening (peringanan), 2-3 minggu sebelum permulaan persalinan, segmen bawah dan atas rahim meregang dan membiarkan kepala janin turun lebih jauh ke bawah; kepala tersebut bisa saja turun dan mengunci (engaged). Fundus tidak lagi mendesak paru – paru. Pernafasan menjadi lebih lega, jantung dan perut dapat berfungsi lebih mudah dan wanita tersebut mengalami kelegaan yang dikenal dengan sebutan peringanan. Symphysis pubis akan melebar dan dasar panggul menjadi lebih rileks dan melembut, yang memungkinkan uterus turun lebih jauh ke dalam panggul. (Elisabeth. 2016 : 38 – 39)

## F. Tahapan persalinan

### 1. Persalinan kala I

Kala 1 atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan nol (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). kala I primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan

kurva Friedman diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.

Menurut Nurul (2014) kala I (pembukaan) dibagi menjadi 2 fase, yakni:

a) Fase laten

- 1) Pembukaan serviks berlangsung lambat
- 2) Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm
- 3) Berlangsung dalam 7-8 jam

b) Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 subfase

- 1) Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- 2) Periode dilatasi maksimal (*steady*) : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

2. Persalinan kala II

Kala II atau disebut juga kala “pengusiran”, dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi.

Kala II ditandai dengan :

- a) His terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira – kira 2 – 3 menit sekali

- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah penekanan pada otot – otot dasar panggul yang secara reflektorik menimbulkan rasa mengejan
- c) Tekanan pada rektum dan anus terbuka, serta vulva membuka dan perinium meregang.

### 3. Persalinan kala III

Kala III atau kala pelepasan uri adalah periode yang dimulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta seluruhnya sudah dilahirkan. Lama kala III pada primigravida dan multigravida hampir sama berlangsung  $\pm 10$  menit. (Nurul Jannah, 2014)

### 4. Persalinan kala IV

Dimulai dari lahir plasenta sampai 2 jam pertama postpartum untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum. Kala IV pada primigravida dan multigravida sama – sama berlangsung selama 2 jam

Observasi yang dilakukan pada kala IV meliputi :

- a) Evaluasi uterus
- b) Pemeriksaan dan evaluasi serviks, vagina, dan perinium
- c) Pemeriksaan dan evaluasi plasenta, selaput, dan tali pusat
- d) Penjahitan kembali episiotomi dan laserasi (jika ada)
- e) Pemantauan dan evaluasi lanjut tanda vital, kontraksi uterus, lokea, perdarahan, kandung kemih. (Nurul Jannah, 2014)

## G. Lembar Observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada 2 tanda berikut ini yaitu:

1. Kontraksi uterus (HIS) teratur dengan sekurang-kurangnya terjadi 1 his dalam 10 menit.
2. Perubahan serviks berupa pendataran dan atau dilatasi serviks

Persalinan kala 1 dibagi menjadi dua fase yaitu:

a) persalinan kala 1 fase laten

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

b) Persalinan kala 1 fase aktif

- 1) Fase ini dimulai saat dilatasi serviks mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi serviks lengkap
- 2) Selama fase aktif, dilatasi serviks berlangsung semakin progresif
- 3) Kecepatan dilatasi serviks rata-rata selama fase aktif kira-kira

1,5 cm per jam dan pada nulipara kira-kira 1 cm per jam. Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi serviks yaitu diambil adalah 1 cm per jam.

c) Penatalaksanaan awal persalinan kala 1 fase laten

- 1) Bila pasien MKB pada awal persalinan dan pada pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal maka yang harus dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila pasien mengeluhkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan dan minum seperti biasa, disarankan untuk jalan-jalan
- 2) Fase aktif tidak boleh melebihi waktu 8 jam dengan demikian maka diagnose saat awal inpartu harus dipertimbangkan secara hati-hati untuk mrnghindari keputusan dan tindakan yang berlebih dan tidak perlu.

## H. Partograf

### 1. Pengertian

Beberapa pengertian dari partograf adalah sebagai berikut :

- a) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNKP-KR, 2014:57).
- b) Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan (Sarwono, 2009:315).

## 2. Tujuan

Adapun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah sebagai berikut :

- a) Mencatat hasil observasi dari kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- b) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- c) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNKP-KR, 2014:57).

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk :

- a) Mencatat kemajuan persalinan.
- b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
- c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
- e) Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu. (JNKP-KR, 2014:57).

### 3. Penggunaan Partograf

Partograf harus digunakan :

- a) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi, dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.
- b) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, puskesmas, PMB, rumah sakit, dll).
- c) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (spesialis obstetri, bidan, dokter umum, residen, dan mahasiswa kedokteran) (JNKP-KR, 2014:57).

Partograf dimulai dari pembukaan 4 cm (fase aktif). Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin :

- 1) Denyut jantung janin : catat setiap 1 jam.
- 2) Air ketuban : catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina.
  - (a) U : selaput utuh
  - (b) J : selaput pecah, air ketuban jernih
  - (c) M : air ketuban bercampur mekoneum

(d) D : air ketuban bernoda darah

(e) K : tidak ada cairan ketuban/kering

3) Perubahan bentuk kepala janin (*molding* atau molase) :

0: sutura terpisah

1: sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian

2: sutura tumpang tindih dapat diperbaiki

3: sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki

4) Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x).

5) 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.

6) Waktu : menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.

7) Jam : catat jam sesungguhnya.

8) Kontraksi : catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik :

- (a) Kurang dari 20 detik
  - (b) Antara 20 dan 40 detik
  - (c) Lebih dari 40 detik
- 9) Oksitosin : jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
- 10) Obat yang diberikan catat semua obat yang diberikan.
- 11) Nadi : catat setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik benar (●).
- 12) Tekanan darah : catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah ↑.
- 13) Suhu badan : catatlah setiap dua jam.
- 14) Protein, aseton, dan volume urine : ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan saat ibu berkemih, lakukan pemeriksaan adanya aseton atau protein dalam urine.

### **Kemajuan Persalinan dalam Kala I**

(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 kurang baik persalinan kala I :

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

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

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

#### **Kemajuan pada 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.

### **Kemajuan pada Kondisi Ibu**

(a) Jika denyut jantung ibu meningkat, mungkin ia sedang dalam keadaan dehidrasi atau kesakitan. Pastikan hidrasi yang cukup melalui oral atau IV dan berikan analgetisia secukupnya.

(b) Jika tekanan darah ibu menurun, curigai adanya perdarahan.

(c) Jika terdapat aseton didalam urine ibu, curigai masukan nutrisi yang kurang, segera berikan dekstrose IV (Abdul, 2010:12-13).

### **I. Faktor yang mempengaruhi persalinan**

#### **1. POWER (tenaga yang mendorong anak)**

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah :

a) His adalah kontraksi otot – otot rahim pada persalinan

1) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri.

2) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks

b) Tenaga mengejan :

1) Kontraksi otot – otot dinding perut

2) Kepala didasar panggul merangsang mengejan

3) Paling efektif saat kontraksi/his

## 2. PASSAGE (panggul)

### a) Bagian – bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari empat buah tulang :

#### 1) Dua Os Coxae :

- (a) Os ichium
- (b) Os pubis
- (c) Os sacrum
- (d) Os illium

#### 2) Os cossygis

Pelvis mayor disebelah atau pelvis minor, superios dari linea terminalis. Fungsi obstetriknya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

#### **Os illium**

Titik penting :

- (a) Spina illiaka anterior superior : tempat perlekatan ligamentum inguinale
- (b) Spina illiaka posterior superios : setinggi vertebra sacral kedua, dari luar tampak sebagai lekuk pada kulit.
- (c) Crista illiaka yang memanjang dari spika illiaka anterior superior ke spina illiaka posterior superior

### **Os ischium**

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior

- (a) Corpus membentuk acetabulum
- (b) Ramus superior terletak dibelakang dan bawah korpus
- (c) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior osis pubis
- (d) Spina isciadika memisahkan insisura isciadika mayor dengan insisura asciadika minor
- (e) Tuber isciadikum adalah bagian terbawah iscium adalah bagian terbawah iscium dan merupakan tulang duduk pada manusia

### **Os pubis**

Terdiri dari corpus dan dua buah rami :

- (a) Corpus mempunyai permukaan medial yang kasar. Bagian ini menjadi satu dengan bagian yang sama pada os pubis sisi yang lain sehingga membentuk symphysis pubis. Muskulus levator ani melekat pada permukaan dalam os pubis
- (b) Crista pubis adalah tepi atas korpus

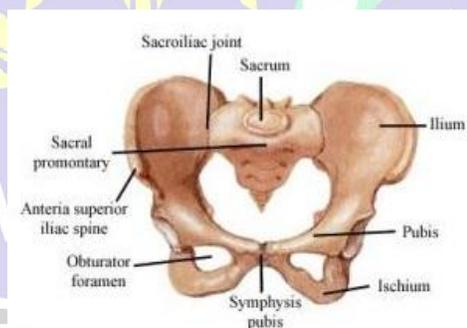
- (c) Tuberculum pubicum adalah ujung lateral crista pubica
- (d) Ramus superior bertemu dengan korpus osis pubis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus ossis illi pada lineo ollipectinea. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum.
- (e) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus superior ossis ischii

#### **Os sacrum**

- (a) Berbentuk segitiga, basis di atas, apek dibawah
- (b) Terdiri dari 5 os vertebra yang tumbuh menjadi satu
- (c) Diantara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui articulatio sacroilika
- (d) Permukaan atas vertebra sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra lumbal ke 5
- (e) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung
- (f) Promontorium, afalah tepi anterior superior vertebra sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol kedalam vacum pelvis, sehingga mengurangi diameter antero posterior aditus pelvis

### Os coccygis

- (a) Terbentuk dari 4 buah vertebra rudimenter
- (b) Permukaan atas vertebra sacralis pertama bersendi dengan permukaan bawah vertebra sacralis ke 5, sehingga membentuk artikulasi coccygealis
- (c) Dari atas kebawah pada cocygis melekat otot . coccygeus, m.levator ani dan m. spinter ani eksternus
- (d) Tulang – tulang tersebut (os coxae. Os sacrum, os cocygis) bersendi pada empat buah artikulasio
- (e) Artikulasio sacroiliaka : sendi terpenting menghubungkan os sacrum dengan os illium. Sympsis pubis menghubungkan kedua os pubis. Artikulasio sacro coccygealis menghubungkan os sacrum dengan coccyges



Gambar 2.5

Kerangka panggul

Sumber :Dewi. 2011

b) Bagian – bagian pelvis minor

Pelvis minor, dibagi 3 bagian :

1) Pintu atas panggul (PAP)

- (a) Anterior : crista dan spina iliaca
- (b) Lateral : linea illiopectinea pasa os coxae
- (c) Posterior : tepi anterior ossis sacri dan promontorium

2) Cavum pelvis

- (a) Dinding depan lurus dan dangkal os pubis panjangnya 5 cm
- (b) Dinding belakang cekung dan dalam. Panjang os sacrum 10 -15 cm
- (c) Os ischium dan sebagian cospus ossis illi terdapat disebelah lateral

3) Pintu bawah panggul (PBP)

Berbentuk jajaran genjang, batas – batasnya :

- (a) Anterior : lig arcuatum pubis dan artcus pubis
- (b) Lateral : tuber ischiadikum dan ligamentum sacrotum
- (c) Posterior : ujung os sacrum

Incinatio pelvis : diperiksa pada wanita dengan sikap berdiri tegak. Bidang PAP mrmbuat sudut lebih berkurang 60°. SIAS terletak pada satu bidang vertikal yang sama dengan

spina pubica. Sumbu jalan lahir adalah jalan yang ditempuh oleh bagian terendah janin waktu melewati panggul. Mula – mula sumbu ini jalan kebelakang sampai setinggi spina isciadika yang merupakan tempat peletakan otot – otot dasar panggul. Disini arahnya berubah menjadi keatas depan.

c) Bidang panggul

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

1) PAP

Diameter PAP

(a) Conjugata anatomica

Jarak antara pertengahan promontorium dan pertemuan crista (permukaan atas os pubis), 11,5 cm

(b) Conjugata obstetrika

Jarak antara pertengahan promontorium dengan margo posterior superior symphysis pubis, 11 cm

(c) Conjugata diagonalis

Jarak antara angulus subpubikus dengan pertengahan promontorium, 12,5 cm

## (d) Diameter transversa

Jarak terbesar antara linea ilipectinea kanan dan kiri, 13,5 cm

## (e) Diameter oblik sinistra

Jarak antara articulatio sinistra dengan eminentia ileoperinea dekstra, 12,5 cm

## (f) Diameter oblik dekstra

Jarak antara articulatio dekstra dengan eminentia ileopetinasinistra, 12,5 cm

## (g) Diameter sagitalis posterior

Jarak antara persilangan diameter anteroposterior dengan diameter transversa dengan pertengahan promontorium, 4,5 cm

## 2) Bidang terbesar pada cavum pelvis

Bagian terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran.

Batasnya adalah :

(a) Anterior : titik tengah permukaan belakang os pubis

(b) Lateral : sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium

(c) Posterior : hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga

Diameter yang penting :

(a) Diameter anterior posterior

Jarak antara titik tengah permukaan belakang os pubis,  
12,75 cm

(b) Diameter transversa

Jarak terbesar tepi lateral kanan – kiri bidang tersebut.,  
12,5 cm. bidang terkecil dari cavum pelvis. Ruang paling  
sempit, paling sering terjadi macetnya persalinan.  
Terbentang dari aspek arcus subpubicus, melalui spina  
ischiadica ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4  
– 5)

(c) Batas – batas :

- (1) Tepi bawah symphysis pubis
- (2) Spina ischiadica
- (3) Lig sacrospinousum
- (4) Os sacrum

(d) Diameter penting :

- (1) Diameter anterior posterior (tepi bawah symphysis pubis  
ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4 – 5), 12,5  
cm

(2) Diameter transversa : antara spina isciadika kana – kiri, 10,5 cm

(3) Diameter sagitalis posterior : dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4 – 5, 4,5 – 5 cm

3) Bidang terkecil dari cavum pelvis

(a) Ruang paling sempit, paling sering terjadi macetnya persalinan

(b) Terbentang dari apek arcus subpubicus, melalui spina isciadika ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4 – 5)

(c) Batas – batas :

(1) Tepi bawah sympisis pubis

(2) Spina ischiadica

(3) Os sacrum

Diameter penting :

(a) Diameter anteros posterior (tepi bawah sympisis pubis ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4 – 5), 12,5 cm

(b) Diameter transversa : antara spina isciadica kanan – kiri, 10,5 cm

(c) Diameter sagitalis posterior : dari distantia interspinarum ke hubungan antara vertebra sacralis ke 4 – 5, 4,5 – 5 cm

4) Pintu bawah panggul

Dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah, yaitu yaitu distansia interspinosum

(a) Batas segitiga depan

- (1) Basisnya : distansia intertuberosum
- (2) Apexnya : angulus subpubicus
- (3) Sisinya : ramus osis pubis dan ruber ischiadicum

(b) Batas segitiga belakang

- (1) Basisnya : distansia interspinosum
- (2) Apexnya : articulatio sacrococcygealis
- (3) Sisinya : ligamentum sacrotuberosum

(c) Diameter PBP

(a) Diameter antero posterior anatomis

Dari margo inferior symphysis pubis ke ujung os coccygis, 9,5 cm

(b) Diameter antero posterior obstetric

Dari margo inferior symphysis pubis ke articulatio sacrococcygealis, 11,5 cm

## (c) Diameter transversa

jarak antara permukaan dalam tuber isciadikum kanan – kiri, 11 cm

## (d) Diameter sagitalis posterior

Dari pertengahan diameter transversa ke artikulasio sacrococcygealis, 9 cm

## (e) Diameter sagitalis anterior

Dari pertengahan diameter transversa ke angulus subpubicus, 6 cm

## 3. PASSAGER (Fetus)

- a) Akhir minggu ke 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12
- b) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
- c) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16 – 20 minggu
- d) Djj mulai terdengar minggu 18/10
- e) Panjang rata – rata janin cukup bulan adalah 50 cm
- f) Berat rata – rata janin laki – laki yaitu 3400 gram dan perempuan yaitu 3150 gram
- g) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passage adalah :

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

- 1) Presentasi kepala (verteks, muka, dahi)
- 2) Presentasi bokong : bokong murni (frank breech), bokong kaki (complete breech), letak lutut atau letak kaki (incomplete breech)
- 3) Presentasi bahu (letak lintang)

b) Sikap janin

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi, dll

c) Posisi janin

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

- 1) Sisi panggul ibu : kiri, kanan, dan melintang
- 2) Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu, dan scapula
- 3) Bagian panggul ibu : depan dan belakang

d) Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir

### Bentuk – bentuk oval janin

- 1) Bentuk oval kepala diameter antero posterior lebih panjang
- 2) Bahu dan badan diameter transversa lebih panjang
- 3) Dua bagian oval tersebut tegak lurus satu sama lain

### Kepala janin

Dari sudut pandang obstetrik kepala janin adalah yang terpenting karena merupakan bagian janin yang paling besar, keras, sering merupakan bagian terendah janin, sehingga jika kepala sudah lahir, tidak terjadi kesulitan untuk bagian lainnya.

- 1) Atap tengkorak : cranium terdiri dari :
  - (a) Os occipital (belakang)
  - (b) Os parietal (kedua sisi), 2 buah
  - (c) Os temporale, 2 buah
  - (d) Os frontale (depan), 2 buah
- 2) Cranium terdapat pada suatu membrane
- 3) Waktu lahir tulang ini tipis, lunak dan hanya dihubungkan dengan membrane tersebut → ruang diantaranya → saling overlapping/ merubah bentuk untuk menyesuaikan diri dengan panggul (*moulage*) bila ada tekanan

## Sutura pada tengkorak

Sutura adalah sela – sela diantara tulang yang ditutupi oleh membran. Kegunaan :

- 1) Memungkinkan terjadinya moulage
- 2) Dengan meraba sutura → dapat diketahui posisi kepala janin :

(a) Sutura sagitalis

Terletak diantara ossa parietale, berjalan pada arah antero posterior diantara fontanel dan membagi kepala menjadi bagian kanan dan kiri

(b) Sutura lambdoidea

Berjalan transversal dari fontanella posterior dan memisahkan os occipitale dari kedua ossa parietal

(c) Sutura coronalis

Berjalan transversal dari fontanella anterior dan terletak diantara os parietalis dan os frontalis

(d) Sutura frontalis

Terletak diantara kedua ossa frontalis dan merupakan lanjutan kedepan sutura sagitalis. Berjalan dari glabella ke bregma

## Fontanellae

Pada tempat persilangan sutura terdapat ruang yang ditutupi membran disebut fontanella.

Ada dua fontanella yaitu : fontanela anterior dan posterior

- 1) Kegunaan fontanela
  - (a) Identifikasinya membantu menentukan posisi kepala janin dalam panggul
  - (b) Fontanella mayor diperiksa pada penilaian keadaan anak setelah lahir (dehidrasi, tekanan intracranial tinggi)
- 2) Fontanella anterior/ubun – ubun besar / UUB / bregma
  - (a) Terletak pada pertemuan sutura sagitalis, frontalis, coronaria
  - (b) Fontanella terbesar, ukurannya  $\pm 3 \times 2$  cm, berbentuk baji
  - (c) Umur 8 bulan mengalami ossifikasi
  - (d) Meungkinkan kepala moulage
  - (e) Dengan adanya fontanella anterior untuk beberapa lama setelah lahir → berperan dalam akomodasi pertumbuhan otak yang tepat

- 3) Frontanella posterior/ubun – ubun kecil / UUK / lambdaidea
  - (a) Perletak pada pertemuan antara sutura sagitalis dengan kedua sutura lambdoidales
  - (b) Menutup pada umur 6 – 8 minggu

#### **Titik – titik pengenal pada tengkorak**

- 1) Occiput :  
Daerah kepala belakang yang ditempati oleh os occipitale
- 2) Fontanel posterior
- 3) Vertex  
Daerah antar 2 fontanellae. Vertex merupakan puncak tulang kepala dan disebelah lateral dibatasi oleh tuber parietalis

#### **Bregma/fontanel anterior**

- 1) Sinciput (dahi) : daerah yang dibatasi sebelah atas oleh bregma dan sutura coronalis dan sebelah bawah oleh glabella dan margo orbitalis
- 2) Glabella : bagian yang meninggi diantara margo orbitalis kanan kiri
- 3) Nasion : akar dari hidung
- 4) Tuber parietal : dua buah penonjolan, masing – masing pada satu sisi os parietale, jarak diantara keduanya merupakan diameter transversa terbesar pada kepala janin

### **Diameter kepala janin**

- 1) Diameter biparietalis : antara tuber parietal kanan – kiri  
(diameter transversa yang terbesar, 9,5 cm)
- 2) Diameter bitemporalis : terletak diantara os temporalis  
(diameter transversa terpendek, 8 cm)
- 3) Diameter occipitofrontalis
- 4) Berjalan dari pertemuan antar permukaan bawah os occipital dengan leher ke pusat bregma (diameter antero posterior waktu kepala masuk panggul dalam keadaan fleksi maksimal : 9,5 cm)
- 5) Diameter occipitofrontalis : terbentang antara protuberantia occipitalis externa dan labella 11 cm. diameter anteroposterior bila kepala masuk panggul dalam sikap militer/antara fleksi dan ekstensi
- 6) Diameter verticomentalis, berjalan dari dagu ke vertex, 13,5 cm, diameter antero posterior kepala terpanjang, penting pada presentasi dahi/kepala setengah ekstensi
- 7) Diameter sub mentobregmetika : berjalan dari pertemuan leher dengan rahang bawah ke pusat bregma, 9,5 cm, diameter pada presentasi muka (kepala ekstensi maksimal)

### **Lingkar kepala**

- 1) Pada bidang occipitofrontalis lingkaran kepala 34,5 cm
- 2) Pada bidang suboccipitobregmatika 32 – 34 cm

### **Pengertian dari beberapa istilah mengenai kondisi kepala janin**

- 1) Moulage

Kemampuan kepala janin untuk merubah bentuknya dengan demikian menyesuaikan diri dengan panggul ibu yang akan dilalui

- 2) Caput succadeneum

Pembengkakan kulit kepala setempat yang terbentuk dari efusi serum terlihat pada waktu lahir. Hilang setelah 24-36 jam

- 3) Cepalhematoma

Perdarahan yang terjadi dibawah periostenum satu/lebih tulang tengkorak disebabkan oleh trauma pada tulang kepala timbul beberapa jam setelah lahir dan hilang dalam waktu 6-12 minggu

### **Hubungan janin dan panggul**

Untuk memahami keadaan janin di dalam uterus dan panggul istilah

- 1) Letak : hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu

- 2) Presentasi : menunjuk pada bagian janin yang ada diatas PAP

Presentasi bokong, presentasi kepala, presentasi bahu

- 1) Bagian terbawah janin dan letak paling dekat dengan serviks.

Pada periksa dalam bagian yang teraba pertama kali

- 2) Sikap : hubungan antara bagian janin yang satu dengan yang lainnya

Fleksi, ekstensi

- 1) Penunjuk : titik yang telah ditentukan pada bagian terendah janin yang digunakan untuk menyebutkan kedudukan

- 2) Kedudukan : hubungan antara penunjuk dengan bagian depan, belakang atau samping panggul ibu

#### 4. PLASENTA

Merupakan salah satu faktor dengan memperhitungkan implantasi plasenta pada dinding rahim

#### 5. PSYCHOLOGIC

Psychologic adalah kondisi psikis klien, tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping

(Dewi Asri H. 2012 : 2-13)

## J. Diagnosis persalinan

Persalinan patut dicurigai jika setelah usia kehamilan 22 minggu, pasien merasakan adanya nyeri abdomen berulang disertai keluarnya cairan lendir yang mengandung darah atau “*bloody show*”, agar dapat mendiagnosis persalinan, bidan harus memastikan perubahan serviks dan kontraksi yang cukup.

### Perubahan serviks

Kepastian persalinan dapat ditentukan hanya jika serviks secara progresif menipis dan membuka

### Kontraksi adekuat

Kontraksi dianggap adekuat apabila :

1. Terjadi teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit dan setiap kontraksi sedikitnya 40 detik
2. Uterus mengeras selama kontraksi, tandanya adalah tidak bisa menekan uterus dengan jari anda

Sangat sulit membedakan antara persalinan sesungguhnya dan persalinan semu. Indicator persalinan sesungguhnya ditandai dengan kemajuan penipisan dan pembukaan serviks.

Ketika pasien mengalami persalinan semu, ia merasakan kontraksi yang menyakitkan namun kontraksi tersebut tidak menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks. Persalinan semu bisa terjadi beberapa hari atau beberapa minggu sebelum permulaan

sesungguhnya. Karena persalinan semu sangat menyakitkan, mungkin akan sulit bagi pasien menghadapi masa ini dalam kehamilannya. Dengan melakukan pemastian ulang terhadap persalinan semu, maka dapat menunjukkan bahwa persalinan sesungguhnya akan tiba sehingga bidan dapat membantu pasien untuk menghadapi masa sulit tersebut.

Tabel 2.1 Karakteristik Persalinan Sesungguhnya dan Persalinan Semu

No	Persalina sesungguhnya	Persalinan semu
1.	Serviks menipis dan membuka	Tidak ada perubahan pada serviks
2.	Rasa nyeri dengan interval teratur	Rasa nyeri tidak teratur
3.	Interval antara rasa nyeri perlahan semakin pendek	Tidak ada perubahan interval atau rasa nyeri yang satu dengan yang lain
4.	Waktu dan kekuatan kontraksi semakin bertambah	Tidak ada perubahan pada waktu dan kekuatan kontraksi
5.	Rasa nyeri terasa dibagian belakang dan menyebar kedepan	Kebanyakan rasa nyeri dibagian depan
6.	Intensitas bertambah dengan adanya aktivitas	Tidak ada perubahan rasa nyeri dengan berjalannya waktu
7.	Tingkat kekuatan kontraksi uterus berhubungan dengan intensitas nyeri	Tingkat kekuatan kontraksi uterus tidak berhubungan dengan intensitas nyeri
8.	Lendir darah sering muncul	Tidak ada lendir darah
9.	Ada penurunan bagian kepala bayi	Tidak ada kemajuan penurunan bagian terendah bayi

10.	Kepala bayi sudah terfiksasi di PAP diantara kontraksi	Kepala belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP) walaupun sudah ada kontraksi
11.	Pemberian obat penenang tidak menghentikan proses persalinan sesungguhnya	Pemberian obat penenang yang efisien menghentikan rasa nyeri pada persalinan semu

Sumber : Pusdiknakes, 2003

Dari pemaparan yang sudah dijelaskan sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa gejala persalinan sebagai berikut :

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan arak kontraksi yang semakin pendek
2. Terdapat tanda – tanda persalinan seperti pengeluaran lendir dan/atau lendir bercampur darah
3. Dapat disertai ketuban pecah
4. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks
  - a) Perlunakan serviks
  - b) Pendataran serviks
  - c) Pembukaan serviks
5. Timbul dorongan untuk meneran
6. Pasien terlihat gelisah
7. Secara fisik timbul ketidaknyamanan fisik dan diare
8. Adanya kontraksi berulang yang sifatnya hilang timbul
9. Nyeri pinggang bagian bawah

10. Ketidaknyamanan pelvis ketika terjadi penurunan kepala (Ari Sulistyawati, 2010 : 10-11)

## **K. Perubahan fisiologis pada persalinan**

### 1. Perubahan tekanan darah

Perubahan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata – rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata 0 rata 5-10 mmHg diantara kontraksi – kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik bila terjadi kontraksi.

### 2. Perubahan metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anerobik akan naik secara perlahan. Kenaikan ini sebagian besar diakibatkan dengan kecemasan serta kegiatan otot rangka tubuh. Kegiatan metabolisme yang meningkat tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernapasan, kardiak output dan kehilangan cairan

### 3. Perubahan suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-1 derajat C.

### 4. Denyut jantung

Penurunan yang mencolok selama kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi miring bukan posisi terlentang. Denyut jantung

diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode persalinan atau belum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan.

#### 5. Pernafasan

Kenaikan pernafasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernafasan yang tidak benar.

#### 6. Perubahan renal

Polyuri sering terjadi selama persalinan, hal ini disebabkan oleh kardiak output yang meningkat secara glomerulus serta aliran plasma ke renal. Protein urine (+1) selama persalinan merupakan hal yang wajar, tetapi protein urin (+2) merupakan hal yang tidak wajar, keadaan ini lebih sering pada ibu primipara, anemia, persalinan lama atau kasus pre eklamsia.

#### 7. Perubahan gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang akan menyebabkan pencernaan hampir berhenti saat persalinan dan akan menyebabkan konstipasi.

#### 8. Perubahan hematologis

Hemoglobin akan meningkat 1,2 gr/100ml selama persalinan dan kembali ke tingkat pra persalinan pada hari pertama. Jumlah sel – sel darah putih meningkat secara progresif selama kala satu persalinan

ssebesar 5000 s/d 15.000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap, hal ini tidak berindikasi adanya infeksi.

#### 9. Kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada oto polos dan penurunan hormon progesterone yang menyebabkan keluarnya hormone oksitosin.

#### 10. Pembesaran segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen atas rahim (SAR) berbentuk pada uterus bagian atas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraktif, terdapat banyak otot sorong yang memanjang. Sar berbentuk dari fundus sampai ishimus uteri

Segmen bawah rahim (SBR) terbentang di uterus bagian bawah antara ishimus dengan serviks dengan sifat otot yang tipis dan elastis, pada bagian ini banyak terdapat otot yang melingkar dan memanjang

#### 11. Perkembangan retraksi ring

Retraksi ring adalah batas pinggiran antara SAR dan SBR, dalam keadaan persalinan normal tidak tampak dan akan kelihatan pada persalinan abnormal, karena kontraksi uterus yang berlebihan, retraksi ring akan tampak sebagai garis atau batas yang menonjol di atas simpisis yang merupakan tanda dan ancaman ruptur uterus

## 12. Penarikan serviks

Pada akhir kehamilan otot yang melindungi ostium uteri internum (OUI) ditarik oleh SAR yang menyebabkan serviks menjadi pendek dan menjadi bagian dari SBR. Bentuk serviks menghilang karena kanalis servikalis membesar dan membentuk Ostium Uteri Eksterna (OUE) sebagai ujung dan bentuknya menjadi sempit.

## 13. Pembukaan ostium uteri interna dan ostium uteri eksterna

Pembukaan serviks disebabkan karena membesarnya OUE karena otot yang melingkar disekitar ostium meregang untuk dapat dilewati kepala.

## 14. Show

Adalah pengeluaran dari vagina yang terdiri dari sedikit lendir yang bercampur darah, lendir ini berasal dari ekstruksi lendir yang menyumbat kanalis servikalis sepanjang kehamilan, sedangkan darah berasal dari desidua vena yang terlepas

## 15. Tonjolan kantong ketuban

Tonjolan kantong ketuban ini disebabkan oleh adanya regangan SBR yang menyebabkan terlepasnya selaput korion yang menempel pada uterus, dengan adanya tekanan maka akan terlihat kantong yang berisi cairan yang menonjol ke ostium uteri internum yang terbuka

## 16. Pemecahan kantong ketuban

Pada akhir kala satu bila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, ditambah dengan kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah, diikuti dengan proses kelahiran bayi. (Elisabeth. 2016 : 32 – 35)

### 2.1.3 KONSEP DASAR NIFAS

#### A. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai persalinan selesai hingga alat – alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama nifas ini, yaitu 6-8 minggu. Nifas dibagi dalam tiga periode yaitu :

1. Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan
2. Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genital
3. Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun. (Bahiyatun. 2009: 2)

## B. Tujuan asuhan masa nifas

Dalam masa nifas ini, ibu memerlukan perawatan dan pengawasan yang dilakukan selama ibu tinggal di rumah sakit maupun setelah keluar dari rumah sakit. Adapun tujuan dari perawatan masa nifas adalah :

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
2. Melaksanakan skrinning yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
3. Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan ia melaksanakan peran ibu dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus
4. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, kepada bayinya dan perawatan bayi sehat
5. Memberikan pelayanan keluarga berencana
6. Mempercepat involusi alat kandungan
7. Melancarkan fungsi gastrointestinal atau perkemihan
8. Melancarkan pengeluaran lochea
9. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi hati dan pengeluaran sisa metabolisme (Pitriani. 2014 : 4-5)

### C. Tahapan masa nifas

#### 1. Puerperium dini

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

#### 2. Puerperium intermediate

Yaitu suatu kepulihan menyeluruh alat – alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu

#### 3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau bersalin mempunyai komplikasi

##### a) IMMEDIATE POST PARTUM

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Sering terdapat banyak masalah, misal perdarahan. Bidan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tanda – tanda vital

##### b) EARLY POST PARTUM (24 JAM – 1 MINGGU)

Bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup cairan dan makanan, ibu menyusui dengan baik

##### c) LATE POSTPARTUM ( 1MINGGU – 5 MINGGU)

Bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari – hari serta konseling KB. (Susilo. 2016 : 5-6)

## D. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

### 1. Perubahan sistem reproduksi

#### a) Involusi

##### 1) Pengertian

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus. (Dewi, 2011)

##### 2) Proses involusi uteri

Pada akhir kala III persalinan, uterus berada digaris tengah, kira – kira 2 cm dibawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira – kira sama dengan besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram

Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggungjawab untuk pertumbuhan masif uterus selama masa hamil. Pertumbuhan uterus pada masa prenatal tergantung pada hiperplasia, peningkatan jumlah sel – sel otot dan hipertropi, yaitu oebesaran sel – sel yang sudah ada. Pada masa postpartum penurunan kadar hormon – hormon ini menyebabkan terjadinya Autolisis. Dew. 2011

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut :

(a) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya semula dan lima kali lebih lebar dari semula selama kehamilan. Sitoplasma sel yang lebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan

(b) Atrofi jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot – otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan bergenerasi menjadi endometrium yang baru

(c) Efek oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir, diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar.

Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostatis. Kontraksi dan retraksi otot uterin akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total

Selama 6 jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi teratur. Karena itu penting sekali menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini. Suntikan oksitosin biasanya diberikan secara intravena atau intramuskuler segera setelah kepala bayi lahir. Pemberian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang pelepasan oksitosin karena isapan bayi pada payudara. . (Ambarwati. 2010 : 73-80)

### 3) Bagian bekas implantasi plasenta

- (a) Bekas implantasi plasenta segera setelah plasenta lahir seluas 12 x 5 cm, permukaan kasar, dimana pembuluh darah besar bermuara

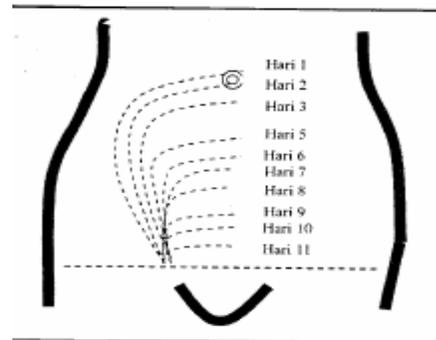
- (b) Pada pembuluh darah terjadi pembentukan trombusis disamping pembuluh darah tertutup karena kontraksi otot rahim
- (c) Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil, pada minggu ke 2 sebesar 6-8 cm pada akhir masa nifas sebesar 2 cm
- (d) Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan nekrosis bersama dengan lochia
- (e) Luka bekas implantasi plasenta akan sembuh karena pertumbuhan endometrium yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis endometrium
- (f) Luka sembuh sempurna pada 6-8 minggu postpartum
- 4) Perubahan – perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Tabel 2.2 Perubahan uterus masa nifas

<u>Waktu</u>	<u>Bobot Uterus</u>	<u>Diameter Uterus</u>	<u>Palpasi Serviks</u>
<u>Pada akhir persalinan</u>	900 gram	12,5 cm	<u>Lembut/lunak</u>
<u>Akhir minggu ke-1</u>	450 gram	7,5 cm	2 cm
<u>Akhir minggu ke-2</u>	200 gram	5,0 cm	1 cm
<u>Akhir minggu ke-6</u>	60 gram	2,5 cm	<u>Menyempit</u>

Sumber : <http://anitatrifianto.blogspot.com/2012/02/perubahan-dalam-masa-nifas.html>

Gambar 2.6 Tinggi fundus uteri masa nifas



Sumber : Dewi. 2011

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

- (a) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira – kira 1 cm setiap hari
- (b) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm dibawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri 2 cm dibawah pusat. Pada hari 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simpisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba

#### b) Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat

membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan :

1) Lochea Rubra / Merah (kruenta)

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

2) Lochea sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum. (Ambarwati. 2010 : 73-80)

3) Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum. (Ambarwati. 2010 : 73-80)

4) Lochea alba /putih

Mengandung leukosit, sel desidua, selepitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lokia alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum. (Ambarwati. 2010 : 73-80)

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama – sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam – hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensi lunak, kadang – kadang terdapat laserasi/perluasan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup. . (Ambarwati. 2010 : 73-80)

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormone estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan kembali terlihat pada minggu ke 4. (Ambarwati. 2010 : 73-80)

2. Perubahan sistem pencernaan

Selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tinggi kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot –

otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain :

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi

jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain :

- 1) Pemberian diet/makanan yang mengandung serat
- 2) Pemberian cairan yang cukup
- 3) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan
- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir
- 5) Bila usaha diatas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain

### 3. Perubahan sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid yang tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain :

#### a) Hemostatis internal

Tubuh, terdiri dari air dan unsur – unsur yang larut didalamnya, dan 70% dari cairan tubuh terletak didalam sel – sel,

yang disebut dengan cairan intraselular. Cairan ekstraselular terbagi dalam plasma darah, dan langsung diberikan untuk sel – sel yang disebut cairan enterstisial. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain edema dan dehidrasi. Edema adalah tertimbunnya cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume air yang terjadi pada tubuh karena pengeluaran berlebihan dan tidak diganti

b) Keseimbangan asam basa tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut PH. Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35 – 7,40. Bila PH >7,4 disebut alkalosis dan jika PH <7,35 disebut asidosis.

c) Pengeluaran metabolisme, racun, dan zat toksin ginjal

Zat toksin ginjal mengekskresi hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan keratin. Ibu post partum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil. Hal ini yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu post partum, antara lain :

- 1) Adanya edema trigonium yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin

- 2) Diaforesis yaitu mekanisme tubuh yang mengurangi cairan yang teretansi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan
- 3) Depresi dari sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi.

Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang – kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil (*reversal of the water metabolisme of pregnancy*). (Nugroho. 2014 : 99 – 102)

#### 4. Perubahan sistem musculoskeletal

Otot – otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh – pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot – otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Ligament – ligament, *diafragma pelvis*, serta *fasia* yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur – angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena *ligamentum rotundum* menjadi kendur.

Sebagai akibat putusny serat – serat elastic kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendor untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan – jaringan penunjang alat genitalia, serta otot – otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan – latihan tertentu. Pada 2 hari *post partum*, sudah dapat fisioterapi.

#### 5. Perubahan sistem endokrin

##### a) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 *post partum* dan sebagai *onset* pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 *post partum*.

##### b) Hormon pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi *folikuler* (minggu ke 3) dan LH tetap rendah sehingga ovulasi terjadi

##### c) Hipotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama

ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

d) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat memengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI. (Sulistyawati. 2009 : 79 – 80)

6. Perubahan tanda – tanda vital

a) Suhu badan

24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit ( $37,5^{\circ}\text{C}$  -  $38^{\circ}\text{C}$ ) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena pada pembentukan ASI, buah dada menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu badan tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, traktus urogenitalis atau sistem lain. Kita anggap nifas terganggu jika ada demam lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$  pada 2 hari berturut – turut pada 10 hari yang pertama post partum, kecuali hari pertama dan suhu harus diambil sekurang – kurangnya 4x sehari.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali permenit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal itu mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda.

Sebagian wanita mungkin saja memiliki apa yang disebut bradikardi nifas (*puerperal bradycardia*). Hal ini terjadi segera setelah kelahiran dan bisa berlanjut sampai beberapa jam setelah kelahiran anak.

Wanita semacam ini bisa memiliki angka denyut jantung terendah 40-50 detak permenit. Sudah banyak alasan – alasan yang diberikan berbagai kemungkinan penyebab, tetapi belum satupun yang sudah terbukti. Bradycardia semacam itu bukanlah satu alamat atau indikasi adanya penyakit, akan tetapi sebagai satu tanda keadaan kesehatan.

c) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya pre-eklamsi postpartum

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikuti kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan. (Eny. 2010 : 84-85)

7. Perubahan sistem kardiovaskuler

Volume darah yang normal yang diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterin, meningkat selama kehamilan. Dieresis terjadi akibat adanya penurunan hormon estrogen, yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Meskipun kadar estrogen menurun selama nifas, namun kadarnya masih tetap tinggi daripada normal. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat.

Aliran ini terjadi selama 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini ibu mengeluarkan banyak sekali urin. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama – sama dengan trauma selama persalinan.

Kehilangan darah pada persalinan per vaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan

naik dan pada persalinan seksio sesarea, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Pasca melahirkan, shunt akan hilang dengan tiba – tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordial. Hal ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Pada umumnya, hal ini terjadi pada hari ketiga sampai kelima post partum. (Nugroho. 2014 : 113)

#### 8. Perubahan sistem hematologi

Selama minggu – minggu terakhir kehamilan, kadar *fibrinogen* dan plasma, serta faktor – faktor pembekuan darah makin meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari post partum. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama.

Perubahan komponen darah :

Pada masa nifas terjadi perubahan komponen darah, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah

dan Hb akan berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca persalinan biasanya semuanya akan kembali pada keadaan semula. (Sulistiyawati. 2009 : 82-83)

### **E. Adaptasi psikologis masa nifas**

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

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya. Disamping nafsu makan ibu memang meningkat. (Eny. 2010 : 88 – 89)

#### **2. Fase taking hold**

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Ibu khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggungjawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan/pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antara lain: mengajarkan cara

perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan diri dan lain – lain. (Nugroho. 2014 : 116 – 117)

### 3. Fase letting go

- a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga
- b) Ibu mengambil tanggungjawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial
- c) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini. (Sulistyawati. 2009 : 89)

## F. Komplikasi Masa Nifas

### 1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah persalinan didefinisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai defenisi ini :

- a) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang – kadang hanya setelah dari biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah

juga tersebar pada spon, handuk atau kain didalam ember dan di lantai

b) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar Hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.

c) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri. Semua ibu pasca persalinan harus dipantau dengan ketat untuk mendiagnosis perdarahan fase persalinan.

## 2. Infeksi masa nifas

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan.

Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi AKI. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinaria, payudara dan pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari

temperature atau suhu pembengkakan takikardi dan malaise. Sedangkan gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria. Ibu beresiko terjadi infeksi post partum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genital termasuk episiotomi pada perinium, dinding vagina dan serviks, infeksi post SC yang mungkin terjadi.

Penyebab infeksi : bakteri endogen dan bakteri eksogen

Faktor predisposisi : nutrisi yang buruk, defisiensi zat besi, persalinan lama, ruptur membrane, episiotomy, SC

Gejala klinis : endometritis tampak pada hari ke 3 post partum disertai dengan suhu yang mencapai 39°C dan takikardi, sakit kepala, kadang juga terdapat uterus lembek

Manajemen : ibu harus diisolasi

### 3. Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik dan Penglihatan Kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Penanganan :

- a) Jika ibu sadar periksa nadi, tekanan darah, pernafasan
- b) Jika ibu tidak bernafas periksa lakukan ventilasi dengan masker dan balon. Lakukan intubasi jika perlu dan jika pernafasan dangkal periksa dan bebaskan jalan nafas dan beri oksigen 4-6 liter/menit
- c) Jika pasien tidak sadar/koma bebaskan jalan nafas, baringkan pada sisi kiri, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk

4. Pembengkakan di Wajah atau Ekstermitas

- a) Periksa adanya varises
- b) Periksa kemerahan pada betis
- c) Periksa apakah tulang kering, pergelangan kaki, kaki oedema (perhatikan adanya oedema pitting)

5. Demam, Muntah, Rasa Sakit Waktu Berkemih

Organisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih berasal dari flora normal perinium. Sekarang terdapat bukti bahwa beberapa galur E. Coli memiliki pili yang meningkatkan virulensinya. Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomy yang lebar, laserasi periuretra atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan terutama saat infuse oksitosin dihentikan terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urine dan distensi kandung kemih. Overdistensi yang disertai kateterisasi untuk mengeluarkan air yang sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

6. Payudara yang Berubah Menjadi Merah, Panas, dan Terasa Sakit

Payudara bengkak yang tidak disuse secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, akhirnya terjadi mastitis. Putting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan

terjadinya bayudara bengkak. BH yang terlalu ketat, mengakibatkan segmental engorgement. Kalau tidak disuse dengan adekuat, bisa terjadi mastitis. Ibu ysng diit jelek, kurang istirahat, anemia akan mudah terkena infeksi.

Gejala :

- a) Bengkak, nyeri seluruh payudara/nyeri local
- b) Kemerahan pada seluruh payudara atau hanya local
- c) Payudara keras dan berbenjol – benjol (merongkol)
- d) Panas badan dan rasa sakit umum.

Penatalaksanaan :

- a) Menyusui diteruskan. Pertama bayi disusukan pada payudara yang terkena edema dan sesering mungkin, agar payudara kosong kemudian pada payudara yang normal
- b) Berilah kompres panas, bisa menggunakan shower hangat atau lap basah panas pada payudara yang terkena
- c) Ubahlah posisi menyusui dari waktu ke waktu, yaitu dengan posisi memegang bola (football position)
- d) Pakailah baju BH yang longgar
- e) Istirahat yang cukup, makanan yang bergizi
- f) Banyak minum sekitar 2 liter per hari

### 7. Rasa Sakit, Merah, Lunak dan Pembengkakan di Kaki

Selama masa nifas dapat berbentuk trhombus sementara pada vena – vena manapun di pelvis yang mengalami dilatasi dan mungkin lebih sering mengalami. Faktor predisposisi :

- a) Obesitas
- b) Peningkatan umur maternal dan tingginya paritas
- c) Riwayat sbeelumnya mendukung
- d) Anestesi dan pembedahan dengan kemungkinan trauma yang lama pada keadaan pembuluh vena
- e) Anemia maternal
- f) Hypotermi dan penyakit jantung
- g) Endometritis
- h) Varicostitis

Manifestasi timbul secara akut

- a) Timbul rasa nyeri akibat terbakar
- b) Nyeri tekan permukaan (Nugroho. 2014 : 234 – 238)

### 8. Kehilangan Nafsu Makan dalam Waktu yang Lama

Sesudah anak lahir ibu akan merasa lelah juga lemas karena kehabisan tenaga. Hendaknya lekas diberikan minuman hangat, susu, kopi, atau teh yang bergula. Apabila ibu menghendaki makanan, berikanlah makanan yang sifatnya ringan walaupun dalam persalinan

lambung dan alat pencernaan tidak langsung turut mengadakan proses persalinan. Namun, sedikit atau banyak pasti dipengaruhi proses persalinannya tersebut. Sehingga alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaannya kembali. Oleh karena itu, tidak benar bahwa ibu diberikan makanan sebanyak – banyaknya walaupun ibu menginginkannya. Biasanya disebabkan adanya kelelahan yang amat berat, nafsu makan pun akan terganggu, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kehilangan itu hilang.

#### 9. Merasa Sangat Sedih atau Tidak Mampu Mengasuh Sendiri

Perasaan ini biasanya dialami oleh ibu yang merasa tidak mampu mengasuh bayinya maupun diri sendiri. Pada minggu – minggu awal setelah persalinan sampai kurang lebih 1 tahun ibu postpartum cenderung akan mengalami perasaan – perasaan yang tidak ada pada umumnya, seperti merasa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya.

Faktor penyebabnya adalah sebagai berikut :

- a) Kekecewaan emosional yang mengikuti kegiatan bercampur rasa takut yang dialami kebanyakan wanita selama hamil dan melahirkan
- b) Rasa nyeri pada awal masa nifas
- c) Kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan dan setelah melahirkan kebanyakan di rumah sakit

- d) Kecemasan akan kemampuannya untuk merawat bayinya setelah meninggalkan rumah sakit
- e) Ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi. ( Sutanto. 2018. 159 – 160)

## **G. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas**

### **1. Gizi**

Gizi atau nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup untuk menyetatkan bayi. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alcohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu harus mengandung :

#### **a) Sumber tenaga (energi)**

Untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang, protein dapat digunakan sebagai cadangan untuk memenuhi kebutuhan energi).

Zat gizi sebagai sumber karbohidrat terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu dan ubi. Sedangkan zat lemak dapat diperoleh dari hewani (lemak, mentega, keju) dan nabati (kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa dan margarine)

b) Sumber pembangunan (protein)

Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan penggantian sel – sel yang rusak atau mati. Protein dari makanan harus diubah menjadi asam amino sebelum diserap oleh sel mukosa usus dan dibawa ke hati melalui pembuluh darah vena portae. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani dan protein nabati. Sumber protein terlengkap terdapat dalam susu, telur dan keju, ketiga makanan tersebut juga mengandung zat kapur, zat besi dan vitamin B.

c) Sumber – sumber pengatur dan pelindung (mineral, vitamin dan air)

Unsur – unsur tersebut digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh. Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui). Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah – buah segar.

Jenis mineral penting :

1) Zat kapur

Untuk pembentukan tulang, sumbernya : susu, keju, kacang – kacang dan sayuran berwarna hijau

2) Fosfor

Dibutuhkan untuk pembentukan kerangka dan gigi anak,  
sumbernya : susu, keju, dan daging

3) Zat besi

Tambahan zat besi sangat penting dalam masa menyusui karena dibutuhkan untuk kenaikan sirkulasi darah dan sel, serta menambah sel darah merah (HB) sehingga daya angkut oksigen mencukupi kebutuhan. Sumber zat besi antara lain kuning telur, hati, daging, daging, kerang, ikan, kacang – kacangan dan sayuran hijau.

4) Yodium

Sangat penting untuk mencegah timbulnya kelemahan mental dan kekerdilan fisik yang serius, sumbernya : minyak ikan, ikan laut dan garam beryodium

5) Kalsium

Ibu menyusui membutuhkan kalsium untuk pertumbuhan gigi anak, sumbernya : susu dan keju

Jenis – jenis vitamin :

1) Vitamin A

Digunakan untuk pertumbuhan sel, jaringan, gigi dan tulang, perkembangan syaraf penglihatan, peningkatan daya tahan tubuh terhadap infeksi

2) Vitamin B1 (Thiamin)

Dibutuhkan agar kerja syaraf dan jantung normal, membantu metabolisme karbohidrat secara tepat oleh tubuh, nafsu makan yang baik, membantu metabolisme karbohidrat secara tepat oleh tubuh, nafsu makan yang baik, membantu proses pencernaan makanan, meningkatkan pertahanan tubuh terhadap infeksi dan mengurangi kelelahan.

3) Vitamin B2 (Riboflavin)

Vitamin B2 dibutuhkan untuk pertumbuhan, vitalitas, nafsu makan, pencernaan, sistem urat syaraf, jaringan kulit dan mata.

4) Vitamin B3 (Niacin)

Disebut juga Nicotinic Acid, dibutuhkan dalam proses pencernaan, kesehatan kulit, jaringan syaraf dan pertumbuhan.

5) Vitamin B6

Dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah serta kesehatan gigi dan gusi

6) Vitamin B12 (cyanocobalamin)

Dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah dan kesehatan jaringan syaraf

7) Folic Acid

Vitamin ini dibutuhkan untuk pertumbuhan pembentukan sel darah merah dan produksi inti sel

8) Vitamin C

Untuk pembentukan jaringan ikat dan bahan semu jaringan ikat (untuk penyembuhan luka), pertumbuhan tulang, gigi dan gusi, daya tahan terhadap infeksi, serta memberikan kekuatan pada pembuluh darah

9) Vitamin D

Dibutuhkan untuk pertumbuhan, pembentukan tulang dan gigi serta penyerapan kalsium dan fosfor

10) Vitamin K

Dibutuhkan untuk mencegah perdarahan agar proses pembekuan darah normal.

Kebutuhan energy nifas / menyusui pada enam bulan pertama kira – kira 700 kkal/hari dan enam bulan kedua 500 kkal/hari sedangkan ibu menyusui bayi yang berusia 2 tahun rata – rata sebesar 400 kkal/hari. (Eny. 2010. 97 – 103)

## 2. Ambulasi

Ambulasi setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu ibu harus istirahat. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan.

Keuntungan ambulasi dini :

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- b) Fungsi usus, sirkulasi, paru – paru dan perkemihan lebih baik
- c) Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu
- d) Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai
- e) Sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomi). (Nugroho. 2014 : 139)

## 3. Eliminasi

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih akan dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien

bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi post partum. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing karena ia sudah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. (Sulistyawati. 2009 : 101)

#### 4. Kebersihan Diri

##### a) Perawatan perinium

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perinium dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas, juga merasa sakit sehingga perinium tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar.

Membersihkan dimulai dari simfisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan.

Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari.

b) Perawatan payudara

- 1) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyokong payudara
- 2) Apabila puting susu lecet, oleskan colostrums atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui.
- 3) Apabila lecet sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok
- 4) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam. (Eny. 2010 : 106-107)

5. Istirahat

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

- a) Anjurkan ibu untuk cukup istirahat
- b) Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan
- c) Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur

Kurang istirahat dapat menyebabkan :

- a) Jumlah ASI yang berkurang
- b) Memperlambat proses involusi uteru
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayinya sendiri. (Nugroho. 2014 : 141)

#### 6. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalan vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setela kelahiran. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan. (Sulistyawati. 2009 : 103)

#### 7. Latihan Senam Nifas

yang pertama paling baik paling aman untuk memperkuat dasar panggul adalah senam kegel. Segera lakukan senam kegel pada hari pertama postpartum bila memang memungkinkan. Senam kegel akan membantu penyembuhan postpartum dengan jalan membuat kontraksi dan pelepasan secara bergantian pada otot – otot dasar panggul.

Untuk mengkonsentrasikan pasangan otot – otot ini, bayangkanlah bahwa anda sedang BAK dan laluanda tiba – tiba menahannya atu bayangkan bahwa dasar panggul merupakan sebuah elevator, secara

perlahan anda menjalankannya sampai lantai 2 lalu kemudian ke lantai 3 dan seterusnya, kemudian balik turun secara perlahan.

Senam kegel mempunyai beberapa manfaat antara lain membuat jahitan jahitan lebih rapat, mempercepat penyembuhan, meredakan hemoroid, meningkatkan pengendalian atas urin. Caranya dengan berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot – otot pantat dan pinggul tahan sampai 5 hitungan. Kendurkan dan ulangi lagi latihan sebanyak 5 kali. (Eny. 2010 : 108 – 109)

#### **H. Kunjungan Masa Nifas**

##### 1. Jadwal kunjungan nifas

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

##### 2. Jenis pelayanan

- a) Kondisi ibu nifas secara umum
- b) Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi
- c) Perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri, dan memeriksa payudara.
- d) Lokhia dan perdarahan
- e) Pemeriksaan jalan lahir
- f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
- g) Pemberian kapsul vitamin A

- h) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
- i) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas

3. Nasehat yang diberikan

- a) makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan.
- b) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
- c) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
- d) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
- e) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- f) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- g) Perawatan bayi yang benar.
- h) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.
- i) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.

- j) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan (Kemenkes, buku KIA, 2015: 26).

#### 2.1.4 BAYI BARU LAHIR

##### A. Definisi Bayi Baru Lahir

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, dkk. 2017 : 1)

##### B. Ciri-Ciri Bayu Baru Lahir

1. Berat badan 2500-4000 grm
2. Panjang badan 48-52 cm
3. Lingkar dada 30-38 cm
4. Lingkar kepala 33-35 cm
5. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
6. Pernafasan  $\pm$  40-40 kali/menit
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub cutan cukup
8. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku agak panjang dan lemas
10. Genetalia :
  - a) Perempuan labia mayora menutupi labia minora,
  - b) Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
11. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik

12. Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
13. Reflek graps atau menggenggam sudah baik
14. Reflek rotting mencari putting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik
15. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan
16. Tanda APGAR SKOR

Tabel 2.3 tanda APGAR Skor

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
Grimance (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration(pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Interprestasi:

1. Nilai 1-3 asfiksia berat
2. Nilai 4-6 asfiksia sedang
3. Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dwienda, dkk. 2014:5-6)

## C. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir terhadap Kehidupan di Luar

### Uterus

#### 1. Adaptasi ekstra uteri yang terjadi cepat

##### a) Perubahan pernafasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba – tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru – paru hilang karena terdorong kebagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena testimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivasi nafas untuk pertama kali

##### b) Perubahan sirkulasi

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

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

Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi, dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat di klem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan nafas terjadi secara bersamaan.

c) Termoregulasi

Sesaat sesudah bayi lahir ia akan berada ditempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila dibiarkan saja dalam suhu kamar  $25,0^{\circ}\text{C}$  maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konversi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit, berikut adalah penjelasannya :

1) Konveksi

Hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara di sekeliling bayi, misal BBL diletakkan dekat pintu atau jendela terbuka

2) Konduksi

Pindahanya panas tubuh bayi karena kulit bayi langsung kontak dengan permukaan yang lebih dingin, misalnya popok atau celana basah tidak langsung diganti

### 3) Radiasi

Panas tubuh bayi memancar ke lingkungan sekitar bayi yang lebih dingin, misal BBL diletakkan ditempat dingin

### 4) Evaporasi

Cairan/air ketuban yang membasahi kulit bayi dan menguap, misalnya bayi baru lahir tidak langsung dikeringkan dari air ketuban

Sedangkan pembentukan panas yang dapat diproduksi hanya 1/10 daripada yang tersebut di atas, dalam waktu yang bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Kejadian ini sangat berbahaya untuk neonatus terutama BBLR, dan bayi asfiksia oleh karena mereka tidak sanggup mengimbangi penurunan suhu tersebut dengan vasokonstriksi, insulasi dan produksi panas yang dibuat sendiri

Suhu lingkungan yang tidak baik (bayi tidak dapat mempertahankan suhu tubuhnya sekitar 36° - 37°C) akan menyebabkan bayi menderita hipertermi, hipotermi dan trauma dingin (*cold injury*). Bayi baru lahir dapat mempertahankan suhu tubuhnya dengan mengurangi konsumsi energy serta merawatnya di dalam *Neutral Thermal Environment* (NTE). Definisi dari NTE yaitu suhu lingkungan rata – rata dimana

produksi panas, pemakaian oksigen dan kebutuhan nutrisi untuk pertumbuhan adalah minimal agar suhu tubuh menjadi normal.

## 2. Adaptasi ekstra uteri yang terjadi secara kontinu

### a) Perubahan pada darah

#### 1) Kadar hemoglobin (Hb)

Bayi dilahirkan dengan kadar Hb yang tinggi. Konsentrasi Hb normal dengan rentang 13,7 – 20 gr%. Hb yang dominan pada bayi adalah hemoglobin F yang secara bertahap akan mengalami penurunan selama 1 bulan. Hb bayi memiliki daya ikat (afinitas) yang tinggi terhadap oksigen, hal ini merupakan efek yang menguntungkan bagi bayi. Selama beberapa hari kehidupan, kadar Hb akan mengalami peningkatan sedangkan volume plasma menurun. Akibat penurunan volume plasma tersebut maka kadar hematokrit (Ht) mengalami peningkatan. Kadar Hb selanjutnya akan mengalami penurunan secara terus menerus selama 7 – 9 minggu. Kadar Hb bayi usia 2 bulan normal adalah 12 gr%

#### 2) Sel darah merah

Sel darah merah bayi baru lahir memiliki usia yang sangat singkat (80 hari) jika dibandingkan dengan orang dewasa (120 hari). Pergantian sel yang sangat cepat ini akan menghasilkan lebih banyak sampah metabolic. Kadar bilirubin yang

berlebihan ini menyebabkan ikterus fisiologis yang terlihat pada bayi baru lahir, oleh karena itu ditemukan hitung retikulosit yang tinggi pada bayi baru lahir, hal ini mencerminkan adanya pembentukan sel darah merah dalam jumlah yang tinggi

3) Sel darah putih

Jumlah sel darah putih rata – rata pada bayi baru lahir memiliki rentang mulai dari 10.000 – 30.000/mm<sup>2</sup>. Peningkatan lebih lanjut dapat terjadi pada bayi baru lahir normal selama 24 jam pertama kehidupan. Periode menangis yang lama juga dapat menyebabkan hitung sel darah putih meningkat.

b) Perubahan pada sistem gastrointestinal

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflex muntah dan reflex batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan “gumoh” pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan, dan kapasitas ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya

Dengan adanya kapasitas lambung yang masih terbatas ini akan sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sedikit tapi sering, contohnya member ASI sesuai keinginan bayi. Usus masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat – zat berbahaya yang masuk ke dalam saluran pencernaannya. Di samping itu bayi baru lahir juga belum dapat mempertahankan air secara efisien dibanding dengan orang dewasa, sehingga kondisi ini dapat menyebabkan diare yang lebih serius pada neonatus

c) Perubahan pada sistem imun

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat

Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi. Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

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

Kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing, tetapi sel – sel darah ini masih belum matang artinya bayi baru lahir tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien.

d) Perubahan pada sistem ginjal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus tidak matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain.

Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30 – 60 ml. Normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal.

Bidan harus ingat bahwa adanya massa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik seringkali adalah ginjal dan dapat mencerminkan adanya tumor, pembesaran atau penyimpangan didalam ginjal.

e) Perlindungan Termal

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk meminimalkan kehilangan suhu tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- 1) Hangatkan dahulu setiap selimut, topi, pakaian, dan kaos kaki bayi sebelum kelahiran
- 2) Segera keringkan bayi baru lahir
- 3) Hangatkan dahulu area resusitasi bayi baru lahir
- 4) Atur suhu ruangan kelahiran pada suhu 24°C
- 5) Jangan lakukan pengisapan pada bayi baru lahir di atas alas tempat tidur yang basah
- 6) Tunda memandukan bayi baru lahir sampai suhunya stabil selama 2 jam atau lebih
- 7) Atur agar ruangan perawatan bayi baru lahir jauh dari jendela, pintu, lubang ventilasi atau pintu keluar
- 8) Pertahankan kepalabayi baru lahir tetap tertutup dan badannya dibedong dengan baik selama 48 jam pertama

3. Pemeliharaan pernafasan

a) Stimulasi taktil

Realisasi dari langkah ini adalah dengan mengeringkan badan bayi segera setelah lahir dan melakukan masase pada punggung. Jika observasi nafas bayi belum maksimal, lakukan stimulasi pada telapak kaki dengan menjentikkan ujung jari tangan penolong

b) Mempertahankan suhu hangat bayi

Suhu yang hangat akan sangat membantu menstabilkan upaya bayi dalam bernafas. Letakkan bayi di atas tubuh pasien yang tidak ditutupi kain (dalam keadaan telanjang), kemudian tutupi keduanya dengan selimut yang telah dihangatkan terlebih dahulu. Jika ruangan ber-AC, sorotkan lampu penghangat kepada pasien dan bayinya.

c) Menghindari prosedur yang tidak perlu

Ketika melakukan perawatan bayi baru lahir, hindari prosedur yang sebenarnya tidak perlu seperti :

- 1) Menghisap lendir yang ada disaluran napas bayi, padahal bayi sudah berhasil menangis dan melakukan napas pertamanya
- 2) Melakukan stimulasi yang berlebihan, menampar pipi bayi baru lahir
- 3) Memandikan bayi segera setelah lahir
- 4) Melakukan pemeriksaan fisik kepada bayi dalam satu jam pertama kelahiran. Sebaiknya biarkan bayi diatas perut pasien untuk melakukan inisiasi menyusui dini dan menstabilkan suhu tubuhnya melalui radiasi panas tubuhnya.

4. Pemotongan tali pusat

Waktu pemotongan tali pusat tergantung dari pengalaman seorang ahli kebidanan. Pemotongan sampai denyut nadi tali pusat terhenti dapat

dilakukan pada bayi normal, sedangkan pada bayi gawat (*high risk baby*) perlu dilakukan pemotongan tali pusat secepat mungkin, agar dapat dilakukan resusitasi sebaik – baiknya.

Untuk menghindari bahaya lain seperti infeksi tali pusat yang dapat menyebabkan sepsis, meningitis, dan lain – lain, maka ditempat pemotongan, dipangkal tali pusat, serta 2,5 cm disekitar pusat diberi obat antiseptic. Selanjutnya tali pusat dirawat dalam keadaan bersih/steril dan kering.

Pembahasan mengenai pemotongan tali pusat berkaitan dengan kapan waktu yang tepat untuk mengklemp atau menjepit tali pusat, diketahui ada 2 perbedaan mengenai hal ini dengan rasionalisasi dari masing – masing pendapat tersebut.

- a) Penjepitan tali pusat segera setelah bayi lahir
- b) Penundaan penjepitan tali pusat

Beberapa keuntungan penundaan pemotongan tali pusat antara lain :

- 1) Berlanjutnya bolus/aliran darah teroksigenasi selama nifas pertama yang tidak teratur
- 2) Volume yang besar meningkatkan perfusi kapiler – kapiler paru – paru
- 3) Pencapaian oksigenasi adekuat yang lebih cepat dapat membuat penutupan struktur janin seperti duktus arteriosus

Untuk mendukung transfusi fisiologis, maka pada 1 – 3 menit pertama kehidupan letaknya bayi diatas perut pasien dalam keadaan tali pusat masih utuh. Posisi ini dapat meningkatkan aliran darah dalam jumlah sedang ke bayi baru lahir tanpa kemungkinan bahaya dari dorongan dan bolus darah yang banyak. Walaupun aliran darah mungkin berbalik yaitu dari bayi ke plasenta, situasi ini kemungkinan besar tidak akan terjadi karena tali pusat akan mengalami plasme dengan cepat pada suhu di lingkungan luar uterus

Setelah 3 menit bayi berada diatas perut pasien, lanjutkan prosedur pemotongan tali pusat sebagai berikut :

- 1) Klem tali pusat dengan 2 buah klem, pada titik kira- kira2 atau 3 cm dari pangkal pusat bayi (tinggalkanlah kira – kira 1 cm di antara kedua klem tersebut)
- 2) Potonglah tali pusat diantara kedua klem sambil melindungi perut bayi dengan tangan kiri penolong
- 3) Pertahankan kebersihan pada saat pemotongan tali pusat, ganti sarung tangan jika ternyata sudah kotor. Potonglah tali pusat dengan menggunakan gunting steril atau DTT.
- 4) Ikatlah tali pusat dengan kuat dan gunakan penjepit khusus tali pusat.

- 5) Periksa tali pusat setiap 15 menit, apabila masih terjadi perdarahan lakukan pengikatan sekali lagi dengan ikatan lebih kuat
- 6) Pastikan dengan benar bahwa tidak ada perdarahan tali pusat. Perdarahan 30 ml dari bayi baru lahir setara dengan 600 ml pada orang dewasa
- 7) Jangan mengoleskan salep atau zat apapun ketempat tali pusat, hindari juga pembungkusan tali pusat.



Gambar 2.7  
Pemotongan tali pusat  
Sumber : Dwienda, dkk. 2014:56

c) Mengikat tali pusat

Setelah dipotong, tali pusat diikat menggunakan benang dengan kuat. Namun dengan perkembangan teknologi, pengikatan tali pusat saat ini dilakukan dengan menggunakan penjepitan untuk satu kali pakai sampai dengantali pusat lepas. Penjepi ini biasanya terbuat dari plastic dan sudah slam kemasan sterilis dari pabrik. Pengikatan

dilakukan dengan jarak 2,5 cm dari umbilicus. (Elisabeth, dkk, 2016: 119 – 133)

#### **D. Periode Transisi Bayi Baru Lahir**

Masa transisi ini mencerminkan suatu kombinasi respons simpatik terhadap tekanan persalinan (tachypnea, tachycardia) dan respons parasimpatik (sebagai respons yang diberikan oleh kehadiran mucus, muntah, dan gerak peristaltic).

Periode transisi dibagi menjadi 3, yaitu :

##### **1. Reaktivitas I (The First Period of Reactivity)**

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

Lebih jelas dapat dilihat karakteristiknya, yaitu:

- a) Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut: frekuensi nadi yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernapasan mencapai 80x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkandengan keadaan pernapasan cuping hidung, ekspirasi mendengkuir serta adanya retraksi.
- b) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis.
- c) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.
- d) Bayi barulahir mempunyaisedikit jumlah mukus, menangis kuat, refleks hisap yang kuat. Tips khusus, selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama daripada hari-hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk memulai proses periode perlekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama.

## 2. Fase Tidur (Period of Unresponsive Sleep)

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

3. Periode Reaktivitas II (The Second Period of Reactivity) /Transisi ke-III Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernapasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makan awal penting dalam pencegahan hipoglikemia dan stimulasi pengeluaran kotoran dan pencegahan penyakit kuning. Pemberian makan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal. Neonatus mungkin bereaksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan susu bersama mucus. Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya. Setia mucus yang terdapat selama pemberian makan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengindikasikan masalah seperti esofagial atresia, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makan perlu ditunda, sehingga penyebabnya diselidiki secara menyeluruh. (Wayan,dkk. 2017:2-4)

### E. Kunjungan Bayi Baru Lahir

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

1. Kunjungan 1 adalah kunjungan ke 1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah kelahiran
2. Kunjungan 2 adalah kunjungan ke 2 dilakukan pada kurun waktu 3-7 hari setelah kelahiran
3. 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).

## **F. BERAT BADAN LAHIR RENDAH**

### **1. Pengertian BBLR**

Bayi dengan berat lahir rendah disebabkan oleh masa kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat yang sesuai masa kehamilan dihitung dari HPHT yang teratur dan bayi yang beratnya kurang dari berat semestinya menurut masa kehamilannya (KMK) serta keduanya. (Wiknjosastro, 2008)

Berat Badan Lahir Rendah merupakan istilah untuk mengganti bayi prematur karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2.500 gram, yaitu karena umur hamil kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya

sekalipun cukup bulan atau karena kombinasi keduanya (Manuaba, 2010).

Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (Saifuddin, 2009).

## 2. Etiologi BBLR

Penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran prematur. Faktor ibu yang lain adalah umur, paritas, dan lain-lain. Faktor plasenta seperti penyakit vaskuler, kehamilan kembar/ganda, serta faktor janin juga merupakan penyebab terjadinya BBLR (Mitayani, 2009).

### a) Faktor ibu

- 1) Gizi saat hamil yang kurang
- 2) Umur ibu < 20 tahun atau > 35 tahun
- 3) Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat
- 4) Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, jantung, gangguan pembuluh darah (perokok)
- 5) Faktor pekerja yang terlalu berat

### b) Faktor kehamilan

- 1) Hamil dengan hidramnion
- 2) Hamil ganda
- 3) Perdarahan antepartum

4) Komplikasi hamil : pre-eklamsia atau eklamsia, ketuban pecah dini.

c) Faktor Janin

- 1) Cacat bawaan
- 2) Infeksi dalam rahim
- 3) Faktor yang masih belum diketahui

### 3. **Diagnosis dan Gejala Klinik BBLR**

a) Sebelum bayi lahir

- 1) Pada anamnesa sering dijumpai adanya riwayat abortus, partus prematurus, dan lahir mati
- 2) Pembesaran uterus tidak sesuai tuanya kehamilan
- 3) Pergerakan janin yang pertama (quickening) terjadi lebih lambat, gerakan janin lebih lambat walaupun kehamilannya sudah agak lanjut
- 4) Pertambahan berat badan ibu lambat dan tidak sesuai menurut yang seharusnya
- 5) Sering dijumpai kehamilan dengan oligohidramnion atau bisa pula dengan hidramnion, hiperemesis gravidarum dan pada hamil lanjut dengan toksemia gravidarum, atau perdarahan antepartum.

b) Setelah bayi lahir

- 1) Bayi dengan retardasi pertumbuhan intrauterin Secara klasik tampak seperti bayi yang kelaparan. Tanda -tanda bayi ini adalah tengkorak kepala keras, gerakan bayi terbatas, verniks caseosa sedikit atau tidak ada, kulit tipis, kering, berlipat-lipat, mudah diangkat. Abdomen cekung atau rata, jaringan lemak bawah kulit sedikit, tali pusat tipis, lembek dan berwarna kehijauan.
- 2) Bayi prematur yang lahir sebelum kehamilan 37 minggu Verniks kaseosa ada, jaringan lemak bawah kulit sedikit, tulang tengkorak lunak mudah bergerak, muka seperti boneka, abdomen buncit, tali pusat tebal dan segar, menangis lemah, tonus otot hipotoni, dan kulit tipis merah dan transparan.
- 3) Bayi small for date sama dengan bayi dengan retardasi pertumbuhan intrauterin.
- 4) Bayi berat badan lahir rendah kurang sempurna alat-alat dalam tubuhnya karena itu sangat peka terhadap gangguan pernafasan, infeksi, trauma kelahiran, hipotermi, dan sebagainya. Pada bayi kecil untuk masa kehamilan (small for date) alat – alat dalam tubuh lebih berkembang dibandingkan dengan bayi prematur, karena itu akan lebih mudah hidup di luar rahim, namun tetap

lebih peka terhadap infeksi dan hipotermi dibandingkan bayi matur dengan berat badan normal (Mochtar, 2012).

#### 4. Klasifikasi BBLR

Bayi BBLR dapat diklasifikasikan berdasarkan umur kehamilan dan berat badan lahir rendah, yaitu :

a) Menurut Wiknjosastro (2008), membagi umur kehamilan dalam 3 kelompok, yaitu :

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

b) Menurut Saifuddin (2009), diklasifikasikan berdasarkan berat badan waktu lahir, yaitu :

- 1) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), yaitu bayi lahir dengan berat 1.500-2.500 gram
- 2) Berat Badan Lahir Sangat Rendah (BBLSR), yaitu bayi lahir dengan berat <1.500 gram
- 3) Berat Badan Lahir Ekstrem Rendah (BBLER), yaitu bayi yang lahir dengan berat <1.000 gram

c) Menurut Ayurai (2009), bayi dengan berat badan lahir rendah dapat dibagi menjadi dua golongan :

1) Pramunitas murni

Prematuritas murni adalah neonatus dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan yang sesuai dengan masa kehamilan atau disebut juga neonatus preterm / BBLR / SMK (sesuai masa kehamilan).

2) Dismaturitas

Dismaturitas adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan, dikarenakan mengalami gangguan pertumbuhan dalam kandungan.

### 5. Karakteristik BBLR

Gambaran bayi berat badan lahir rendah tergantung dari umur kehamilan sehingga dapat dikatakan bahwa makin kecil bayi, makin muda kehamilan. Sebagai gambaran umum dapat dikemukakan bahwa bayi berat badan lahir rendah mempunyai karakteristik antara lain :

- a) Berat badan kurang dari 2500 gram
- b) Panjang badan kurang dari 45 cm
- c) Lingkar dada kurang dari 30 cm
- d) Lingkar kepala kurang dari 33 cm
- e) Umur kehamilan kurang dari 37 minggu

- f) Kepala relative besar dari badannya
- g) Kulit tipis transparan, lanugo banyak, lemak kulit kurang
- h) Otot hipotonik-lemah
- i) Pernafasan tidak teratur dan sering apnoe (gagal nafas)
- j) Ekstremitas : paha abduksi, sendi lutut / kaki lurus
- k) Kepala tidak mampu tegak
- l) Nafas sekitar 45 sampai 50 kali per menit
- m) Frekuensi nadi 100 sampai 140 kali per menit (Manuaba, 2010)

#### **6. Epidemiologi BBLR**

Prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3% - 38% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram. BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya dimasa depan. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%, hasil studi di 7 daerah multicenter diperoleh angka BBLR dengan rentang 2.1%-17,2%. Secara nasional berdasarkan analisa lanjut SDKI, angka BBLR sekitar 7,5 %. Angka ini lebih besar dari

target BBLR yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yakni maksimal 7 % (Setyowati, 2010).

## 7. Penatalaksanaan BBLR

### a) Medikamentosa

Pemberian vitamin K1 : Injeksi 1 mg IM sekali pemberian, atau Per oral 2 mg sekali pemberian atau 1 mg 3 kali pemberian (saat lahir, umur 3-10 hari, dan umur 4-6 minggu).

### b) Dietetik

Bayi prematur atau BBLR mempunyai masalah menyusui karena refleks menghisapnya masih lemah. Untuk bayi demikian sebaiknya ASI dikeluarkan dengan pompa atau diperas dan diberikan pada bayi dengan pipa lambung atau pipet. Memegang kepala dan menahan bawah dagu, bayi dapat dilatih untuk menghisap sementara ASI yang telah dikeluarkan yang diberikan dengan pipet atau selang kecil yang menempel pada puting.

ASI merupakan pilihan utama : (Suradi R., 2009)

- 1) Apabila bayi mendapat ASI, pastikan bayi menerima jumlah yang cukup dengan cara apapun, perhatikan cara pemberian ASI dan nilai kemampuan bayi menghisap paling kurang sehari sekali.

2) Apabila bayi sudah tidak mendapatkan cairan IV dan beratnya naik 20 g/hari selama 3 hari berturut-turut, timbang bayi 2 kali seminggu.

3) Pemberian minum bayi berat lahir rendah (BBLR) menurut berat badan lahir dan keadaan bayi adalah sebagai berikut :

(a) Berat lahir 1750 – 2500 gram

(1) Bayi Sehat

Biarkan bayi menyusu pada ibu semau bayi.

Ingat bahwa bayi kecil lebih mudah merasa letih dan malas minum, anjurkan bayi menyusu lebih sering (contoh; setiap 2 jam) bila perlu. Pantau pemberian minum dan kenaikan berat badan untuk menilai efektifitas menyusui. Apabila bayi kurang dapat menghisap, tambahkan ASI peras dengan menggunakan salah satu alternatif cara pemberian minum.

(2) Bayi Sakit

Apabila bayi dapat minum per oral dan tidak memerlukan cairan IV, berikan minum seperti pada bayi sehat. Apabila bayi memerlukan cairan intravena: Berikan cairan intravena hanya selama 24 jam pertama. Mulai berikan minum per oral pada hari ke-2

atau segera setelah bayi stabil. Anjurkan pemberian ASI apabila ibu ada dan bayi menunjukkan tanda-tanda siap untuk menyusui. Apabila masalah sakitnya menghalangi proses menyusui (contoh; gangguan nafas, kejang), berikan ASI peras melalui pipa lambung : Berikan cairan IV dan ASI menurut umur, berikan minum 8 kali dalam 24 jam (contoh; 3 jam sekali). Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml/kgBB per hari tetapi masih tampak lapar berikan tambahan ASI setiap kali minum. Biarkan bayi menyusui apabila keadaan bayi sudah stabil dan bayi menunjukkan keinginan untuk menyusui dan dapat menyusui tanpa terbatuk atau tersedak.

(b) Berat lahir 1500-1749 gram

(1) Bayi Sehat

Berikan ASI peras dengan cangkir/sendok. Bila jumlah yang dibutuhkan tidak dapat diberikan menggunakan cangkir/sendok atau ada resiko terjadi aspirasi ke dalam paru (batuk atau tersedak), berikan minum dengan pipa lambung. Lanjutkan dengan pemberian menggunakan cangkir/ sendok apabila bayi dapat menelan tanpa batuk atau tersedak (ini dapat

berlangsung setela 1-2 hari namun ada kalanya memakan waktu lebih dari 1 minggu). Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misal setiap 3 jam). Apabila bayi telah mendapatkan minum 160/kgBB per hari tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum. Apabila bayi telah mendapatkan minum baik menggunakan cangkir/ sendok, coba untuk menyusui langsung.

(2) Bayi Sakit

Berikan cairan intravena hanya selama 24 jam pertama. Beri ASI peras dengan pipa lambung mulai hari ke-2 dan kurangi jumlah cairan IV secara perlahan. Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (contoh; tiap 3 jam). Apabila bayi telah mendapatkan minum 160/kgBB per hari tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum. Lanjutkan pemberian minum menggunakan cangkir/ sendok apabila kondisi bayi sudah stabil dan bayi dapat menelan tanpa batuk atau tersedak. Apabila bayi telah mendapatkan minum baik menggunakan cangkir/ sendok, coba untuk menyusui langsung.

(c) Berat lahir 1250-1499 gram

(1) Bayi Sehat

Beri ASI peras melalui pipa lambung. Beri minum 8 kali dalam 24 jam (contoh; setiap 3 jam. Apabila bayi telah mendapatkan minum 160 ml/kgBB per hari tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum. Lanjutkan pemberian minum menggunakan cangkir/ sendok. Apabila bayi telah mendapatkan minum baik menggunakan cangkir/ sendok, coba untuk menyusui langsung.

(2) Bayi Sakit

Beri cairan intravena hanya selama 24 jam pertama. Beri ASI peras melalui pipa lambung mulai hari ke-2 dan kurangi jumlah cairan intravena secara perlahan. Beri minum 8 kali dalam 24 jam (setiap 3 jam). Apabila bayi telah mendapatkan minum 160 ml/kg BB per hari tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum. Lanjutkan pemberian minum menggunakan cangkir/ sendok.

## 8. Prognosis Bayi dengan BBLR

Prognosis bayi dengan berat badan lahir rendah ini tergantung dari berat ringannya masalah perinatal, misalnya masa gestasi (makin

muda masa gestasi/ makin rendah berat badan bayi makin tinggi angka kematian), asfiksia/iskemia otak, sindroma gangguan pernafasan, perdarahan intra ventrikuler, displasia bronkopulmonal, retrolental fibroplasia, infeksi, gangguan metabolik (asidosis, hipoglikemia, hiperbilirubinemia). Prognosis ini juga tergantung keadaan sosial ekonomi, pendidikan orang tua dan perawatan pada saat kehamilan, persalinan, dan postnatal (pengaturan suhu lingkungan, resusitasi, makanan, mencegah infeksi, mengatasi gangguan pernafasan, asfiksia, hiperbilirubinemia, hipoglikemia) (Wjnkosastro, 2008).

### **9. Pencegahan BBLR**

Menurut Israr (2008), pada kasus berat lahir rendah (BBLR) pencegahan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

- a) Meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala minimal 4 kali selama kurun waktu kehamilan dan dimulai sejak umur kehamilan muda. Ibu hamil yang diduga beresiko, terutama faktor resiko yang mengarah melahirkan bayi BBLR harus cepat dilaporkan, dipantau dan dirujuk pada institusi pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- b) Memberikan penyuluhan kesehatan kepada ibu-ibu hamil untuk merawat dan memeriksakan kehamilan dengan baik dan teratur dan mengkonsumsi makanan yang bergizi sehingga dapat

menanggulangi masalah ibu hamil resiko tinggi sedini mungkin untuk menurunkan resiko lahirnya bayi berat badan lahir rendah.

- c) Hendaknya ibu dapat merencanakan persalinannya pada kurun reproduksi sehat ( 20-34 tahun ).
- d) Perlu dukungan sektor lain yang terkait untuk turut berperan dalam mereka dapat meningkatkan akses terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal dan status gizi ibu selama hamil.

#### **10. Faktor-Faktor Ibu yang Mempengaruhi BBLR**

##### a) Umur Ibu

Menurut William (2010) usia kehamilan yang paling aman untuk masa kehamilan dan persalinan adalah 20 – 35 tahun. Usia kurang dari 20 tahun tidak menjamin remaja mencapai kondisi sehat secara fisik, mental dan sosial untuk proses reproduksi, sedangkan pada usia lebih dari 35 tahun telah terjadi penurunan fungsi organ dan sistem tubuh lainnya antara lain sistem otot, saraf, kardiovaskuler, endokrin dan reproduksi. Penyulit pada kehamilan remaja, lebih tinggi bila dibandingkan kurun waktu reproduksi yang sehat antara umur 20 – 30 tahun. Keadaan ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun perkembangan dan pertumbuhan janin.

Angka kejadian BBLR tertinggi ialah pada usia < 20 tahun dan pada multigravida yang jarak kelahiran terlalu dekat.

Sedangkan kejadian terendah terjadi pada usia 20-35 tahun, sedangkan pada wanita yang lebih tua mulai menunjukkan proses penuaannya, sehingga ibu yang berusia di atas 35 tahun memiliki resiko melahirkan BBLR lebih tinggi (Lesmiyani, 2009). Kehamilan pada usia 20-35 tahun memiliki resiko untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah sebanyak 89,04%. Kehamilan pada usia 20-35 tahun memiliki resiko untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah sebanyak 80,88%.

Menurut pendapat peneliti bahwa faktor yang menyebabkan terjadi persalinan premature pada usia 20 – 35 tahun adalah antara lain status sosial ekonomi yang rendah, perilaku ibu hamil dalam mengkonsumsi Fe, kurangnya pengetahuan tentang asupan gizi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kelahiran bayi dengan berat badan lahir rendah.

b) Paritas

Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu baik lahir maupun lahir mati. Ibu yang melaksanakan persalinan dengan paritas rendah minimal 3 anak menunjukkan bahwa ibu telah menerapkan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera sebagai salah satu bentuk program pembangunan kesehatan dalam rangka peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Menurut Manuaba (2010) resiko terjadinya BBLR tinggi pada paritas 1 kemudian menurun pada paritas 2 dan 3. selanjutnya kembali meningkat pada paritas 4. Seorang wanita yang telah mengalami kehamilan sebanyak 6 kali atau lebih, lebih mungkin mengalami :

- 1) Kontraksi yang lemah pada saat persalinan
- 2) Perdarahan setelah persalinan (karena otot rahim lemah)
- 3) Persalinan yang cepat, yang bisa menyebabkan meningkatnya resiko perdarahan vagina yang berat
- 4) Plasenta previa (plasenta letak rendah)

Sedangkan pembagian paritas itu sendiri adalah :

- 1) Primipara yaitu wanita yang telah melahirkan bayi aterm sebanyak satu kali
- 2) Multipara adalah wanita yang pernah melahirkan anak hidup beberapa kali, dimana persalinan tersebut tidak lebih dari lima kali
- 3) Grande multipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi aterm lebih dari lima kali

Mempunyai anak lebih dari 4 orang juga akan menambah resiko terhadap ibu dan bayinya, lebih-lebih jarak antara kehamilan kurang dari dua tahun, maka ibu akan lemah akibat dari seringnya hamil, melahirkan, menyusui dan merawat

anak-anaknya. Sehingga sering mengakibatkan berbagai masalah. Resiko melahirkan bayi cacat dan BBLR juga meningkat setelah empat kali kehamilan dan setelah usia ibu 35 tahun (Manuaba, 2010).

c) Pendidikan

Pendidikan berperan penting dalam meningkatkan kesejahteraan ibu, pendidikan masyarakat melalui media yang ada tentang bahaya dan kerugian kelahiran preterm atau berat lahir rendah. Masyarakat diharapkan untuk menghindari faktor resiko diantaranya adalah dengan menjarangkan kelahiran menjadi lebih dari 3 tahun, menunda usia hamil sampai 22-23 tahun dan sebagainya (Prawihardjo, 2010).

Berdasarkan tingkat pendidikan ibu dapat dijelaskan bahwa terdapat kecenderungan terhadap kematian bayi yang jumlahnya lebih banyak pada ibu yang memiliki tingkat pendidikan rendah (SD) hingga tidak sekolah (Hartono dkk, 2009).

Pendidikan banyak menentukan sikap dan tindakan dalam menghadapi berbagai masalah misalnya membutuhkan vaksinasi untuk anaknya, memberi oralit waktu menceret misalnya kesedian menjadi peserta keluarga, termasuk pengaturan makanan bagi ibu hamil untuk mencegah timbulnya bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) bahwa ibu mempunyai peranan yang cukup penting

dalam kesehatan dan pertumbuhan, akan dapat ditunjukkan oleh kenyataan berikut, anak- anak dan ibu mempunyai latar belakang. Pendidikan lebih tinggi akan mendapat kesempatan hidup serta tumbuh kembang yang baik (Rahayu, 2012).

d) Status Ekonomi

Status sosial ekonomi adalah kedudukan atau posisi seseorang dalam masyarakat, status sosial ekonomi adalah gambaran tentang keadaan seseorang atau suatu masyarakat yang ditinjau dari segi sosial ekonomi, gambaran itu seperti tingkat pendidikan, pendapatan dan sebagainya. Status ekonomi kemungkinan besar merupakan pembentuk gaya hidup keluarga. Pendapatan keluarga memadai akan menunjang tumbuh kembang anak. Karena orang tua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik primer maupun sekunder (Soetjiningsih, 2010).

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok (Kartono, 2010).

## 2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

### A. Pengertian

#### 1. Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2012:65)

#### 2. Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah menghindari dan mencegah terjadinya suatu kehamilan sebagai akibat dari bertemunya sel sperma dan sel telur yang matang dan dapat mengakibatkan kehamilan. Dapat juga menggunakan berbagai macam cara, baik menggunakan hormon, alat ataupun melalui prosedur operasi. Kontrasepsi merupakan sebuah alat, obat, efek atau tindakan yang dimaksudkan untuk mencegah kehamilan. Masyarakat pada umumnya menyebut kontrasepsi dengan istilah Keluarga Berencana atau KB (Wiknjosastro, 2009:13).

### B. Macam-Macam Kontrasepsi

#### 1. Kondom

Kondom alat kontrasepsi yang terbuat dari lateks. Untuk mencegah kehamilan, kondom dipasang pada penis atau vagina pada saat melakukan hubungan. Sperma yang dikeluarkan ketika ejakulasi tidak

masuk ke rahim tapi tertampung didalam kondom, dengan demikian sel telur sehingga tidak terjadi fertilisasi (Dewi, 2012 : 103).



Gambar 2.8  
Kondom

[https://id.wikipedia.org/wiki/Pengaturan\\_kelahiran](https://id.wikipedia.org/wiki/Pengaturan_kelahiran)

a) Cara Kerja

- 1) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah kedalam saluran reproduksi perempuan. (Abdul, 2010:18).
- 2) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

b) Efektivitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian

kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalankondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Abdul, 2010:18).

## 2. Pil KB

### a) Jenis Pil KB

Ada 3 jenis pil KB menurut Sarwono,2007:35 yaitu :

- 1) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- 2) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- 3) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.



Gambar 2.9  
KB Pil Mini

<https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-3196030/cara-kerja-pil-kb-bisa-mencegah-kehamilan>

#### b) Macam-macam Pil KB

Pil KB menurut Dyah (2010) ada 3 macam yaitu : mini pil (*low dose continuous progesterone*), pil oral kombinasi (*POK*), *morning after pills*.

#### c) Cara Kerja Pil KB

Menurut Meilani,2010:67 yaitu :

- 1) Menekan ovulasi
- 2) Mencegah implantasi
- 3) Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma
- 4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

#### d) Cara Penggunaan Pil KB

Menurut Manuaba ,2010:53

- 1) Minumlah pil KB dengan teratur
- 2) Bila lupa maka pil KB yang harus diminum menjadi dua buah
- 3) Bila perdarahan tidak memerlukan perhatian karena belum beradaptasi
- 4) Gangguan ringan seperti mual-muntah sebaiknya diatasi.

#### e) Sistem Kemasan Pil KB

Sistem kemasan pil KB diatur dengan sistem 28 dan sistem 22/1 menurut Manuaba (2010) adapun sistem 28 yaitu peserta pil KB harus terus minum pil tanpa pernah berhenti, sedangkan pil KB yang sistem 22/1 yaitu peserta KB pil berhenti minum pil selama 7-8 hari dengan mendapat kesempatan menstruasi, akan tetapi untuk memudahkan masyarakat, pil KB sistem 28 lebih banyak dipergunakan karena mudah memberikan keterangan terutama bagi mereka yang dengan pendidikan rendah.

#### f) Efek Samping

Menurut Hartono,2010:43

- 1) Jerawat atau kulit berminyak
- 2) Perdarahan bercak atau perdarahan haid
- 3) Payudara terasa penuh atau nyeri
- 4) Depresi

- 5) Gangguan penglihatan (buram atau hilangnya penglihatan)
- 6) Pada kehamilan akan terjadi kelainan pada janin
- 7) Sakit kepala
- 8) Tekanan darah tinggi
- 9) Mual
- 10) BB bertambah

g) Efektivitas

Menurut Hartono,2010:43

- 1) Tidak menambah risiko terjadinya karsinoma payudara
- 2) Tidak memengaruhi terjadinya karsinoma kulit (*melanoma*)
- 3) Tidak memengaruhi terjadinya tumor kelenjar hypophyse
- 4) Tidak memengaruhi efek buruk terhadap kehamilan selanjutnya
- 5) Tidak memengaruhi terjadinya kelainan kongenital atau abortus pada pemakaian pil oral sebelum hamil.

h) Manfaat dan Keuntungan

Menurut Sarwono,2007:32

- 1) Memiliki efektivitas yang tinggi bila digunakan setiap hari
- 2) Risiko terhadap kesehatan sangat kecil
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 4) Siklus haid menjadi teratur banyaknya darah haid berkurang
- 5) Dapat digunakan jangka panjang
- 6) Mudah dihentikan setiap saat

- 7) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- 8) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
- 9) Membantu mencegah (kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorhoe, jerawat).

### 3. Suntikan Kombinasi

#### a) Pengertian

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

#### b) Cara Kerja:

- 1) Menekan ovulasi.
- 2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- 3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

## c) Keuntungan

- 1) Sangat efektif
  - 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
  - 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri
  - 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
  - 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
  - 6) Sedikit efek samping
  - 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
  - 8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
  - 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
  - 10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
  - 11) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul
  - 12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).
- d) Yang Dapat Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin
- 1) Usia reproduksi
  - 2) Nulipara dan telah memiliki anak
  - 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
  - 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

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

20 tahun.

- 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.
- 9) Keganasan pada payudara (Saifuddin dkk, 2010: MK35-31).

#### 4. Suntikan progestin

##### a) Pengertian

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

##### b) Jenis

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

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

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

c) Cara Kerja

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

5. Implant

Metode kontrasepsidengan cara memasukkan 2 batang susuk KB yang berukuran sebesar korek api dibawah kulit lengan atas. Implan ini berbentuk batang kecil berisi hormon yang terbuat dari plastik lentur. Implan terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon seperti pil KB 3 tahun. Bila pasangan suami istri menginginkan anak, implan dapat di lepas dan wanita yang menggunakan alat kontrasepsi ini akan kembali subur setelah satu bulan (Dewi, 2012 : 106).

a) Cara Kerja

- 1) Lendir serviks menjadi kental.
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- 3) Mengurangi transportasi sperma.
- 4) Menekan ovulasi.

b) Efektivitas

Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

c) Yang Boleh Menggunakan Implan

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak ataupun yang belum.
- 3) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi.
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- 6) Pascakeguguran.
- 7) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi.
- 8) Riwayat kehamilan etopik.
- 9) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit.
- 10) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen.

11) Sering lupa menggunakan pil.

d) Yang Tidak Boleh Menggunakan Implan

1) Hamil atau diduga hamil.

2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat pola haid yang terjadi.

4) Miom uterus dan kanker payudara.

5) Gangguan toleransi glukosa (Abdul, 2010 : MK 54-55).

6. Koitus Interuptus

a) Cara Kerja

Menarik penis yang sedang ereksi dari vagina sebelum ejakulasi guna mencegah sperma masuk ke vagina. Hal ini membutuhkan pengetahuan dasar tentang organisme dan pengendalian diri dari pasangan.

b) Keuntungan

Tidak menggunakan obat dan alat, nyaman dan tidak memerlukan biaya.

c) Kerugian

Tidak ada perlindungan terhadap infeksi menular seksual dan angka kehamilan tinggi (sperma bisa terdapat dalam di cairan praejakulasi).

d) Efektivitas

Pada penggunaan yang sempurna, angka kehamilan diperkirakan dapat mencapai 4%, sedangkan pada pengguna yang biasa 19% (Eny, 2010 : 652).

7. MAL (Metode Amenorrhea Laktasi)

a) Profil

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengendalikan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan dan minuman apapun lainnya.

b) MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

- 1) Menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian  $\geq 8$  x/sehari.
- 2) Belum haid.
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.
- 4) Efektif sampai 6 bulan.
- 5) Harus dilanjutkan dengan metode kontrasepsi lainnya.

c) Cara Kerja

Penundaan/penekanan ovulasi.

d) Keuntungan Kontrasepsi

- 1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan).

- 2) Segera efektif.
  - 3) Tidak mengganggu senggama.
  - 4) Tidak ada efek samping secara sistemik.
  - 5) Tidak perlu pengawasan medis.
  - 6) Tidak perlu obat atau alat.
  - 7) Tanpa biaya.
- e) Keuntungan Nonkontrasepsi
- 1) Untuk bayi
    - (a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI).
    - (b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
    - (c) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.
  - 2) Untuk ibu
    - (a) Mengurangi perdarahan pascapersalinan.
    - (b) Mengurangi resiko anemia.
    - (c) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.
- f) Keterbatasan
- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
  - 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.

3) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.

4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HIV dan HIV /AIDS.

g) Yang Dapat Menggunakan MAL

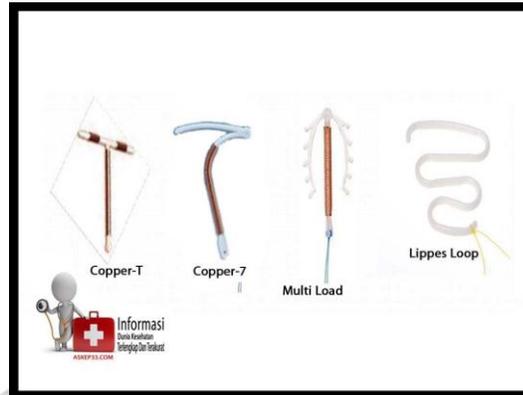
Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

h) Yang Seharusnya Tidak Pakai MAL

- 1) Sudah mendapat haid setelah bersalin.
- 2) Tidak menyusui secara eksklusif.
- 3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
- 4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam (Biran, 2014 :1-3).

8. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

Metode ini sangat efektif, reversibel, dan berjangka panjang. Haid menjadi lebih banyak dan lama. AKDR dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, tetapi tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpajan infeksi menular seksual. Ada beberapa jenis yaitu CuT-380A, Nova T, dan Lippes Lopps.



Gambar 2.10

Jenis alat Kontrasepsi AKDR

Sumber : <http://askep33.com/2016/04/10/jenis-jenis-alat-kontrasepsi-dan-fungsinya/>

## a) Cara Kerja

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi.
- 2) Memengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) Mencegah pertemuan sperma dan ovum atau membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

## b) Keuntungan

- 1) Efektivitas tinggi (0,6-0,8 kehamilan/100 wanita dalam 1 tahun pertama, 1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- 2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).

- 3) Tidak memengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 4) Tidak memengaruhi produksi dan kualitas ASI.
- 5) Dapat dipasang segera setelah melahirkan dan sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- 6) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- 7) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.

c) Keterbatasan

- 1) Efek samping yang umum terjadi meliputi perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan spotting di antara menstruasi, dan saat haid sakit.
- 2) Komplikasi dan meliputi merasakan sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perforansi dinding uterus, perdarahan berat pada waktu haid yang memungkinkan penyebab anemia.
- 3) Tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS.
- 4) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan (Bahiyatun, 2009 : 90-91).

d) Macam-macam jenis IUD

Jenis- jenis IUD yang dipakai di Indonesia diantaranya:

(a) Cooper- T



Gambar 2.11  
Cooper- T

Sumber: <http://arfahmd.blogspot.com/2015/05/materi-uap-kb-iud-tahun-2015.html>

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

(b) Multi load



Gambar 2.12  
Multi load

Sumber: <http://www.writeopinions.com/multi-load>

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

(c) Lippes loop



Gambar 2.13  
Lippes loop  
Sumber: (Imbarwati, 2009)

IUD ini terbuat dari polyethelene, berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya Lippes loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru), tipe B 27,5 mm (benang hitam), tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan tipe D berukuran 30 mm dan tebal (benang putih). Lippes loop mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan dari pemakaian IUD jenis ini adalah bila terjadi perforasi, jarang

menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastis.

## 9. Vasektomi

### a) Profil

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2011)

### b) Mekanisme kerja

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

### c) Manfaat kontrasepsi

- 1) Sangat efektif
- 2) Permanen
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 4) Baik untuk pasangan jika kehamilan akan menyebabkan resiko kesehatan bagi wanita tersebut
- 5) Pembedahan sederhana di bawah anestesi local
- 6) Tidak ada efek samping jangka panjang
- 7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

d) Syarat Melakukan vasektomi

1) Syarat sukarela

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

2) Syarat bahagia

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

3) Syarat sehat

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

e) Indikasi

1) Pria usia reproduktif <50 tahun

2) Yang menginginkan metode sangat efektif

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

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

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

f) Kontraindikasi

- 1) Infeksi kulit lokal
- 2) Infeksi traktus genetalia
- 3) Kelainan skrotum dan sekitarnya
- 4) Penyakit sistemik : penyakit perdarahan, DM, jantung koroner
- 5) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual tidak stabil

#### 10. Tubektomi

##### a) Pengertian

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

##### b) Jenis: Minilaparotomi, Laparoskopi.

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

##### d) Waktu dilakukan

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

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

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

e) Keuntungan

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

f) Efektivitas

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

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

### 2.2.1 Konsep Dasar Kebidanan pada Kehamilan

#### 1. Data Subyektif

##### a. Biodata

##### 1) Nama Ibu

Selain sebagai identitas, nama ibu digunakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Sulistyawati, 2010:220).

##### 2) Umur

Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 - 30 tahun (Romasuli, 2012:162). Banyak terjadi penyulit pada kehamilan dini, seperti keguguran, persalinan premature, anemia, bahkan kematian ibu. Hal ini disebabkan belum matangnya alat reproduksi untuk hamil. Sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun janin( Manuaba, 2010:235-236).

##### 3) Agama

Sebagian besar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2010:221).

#### 4) Pendidikan

Penelitian 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 kesehatannya maka ia tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan sewaktu kehamilan dengan baik (Romaulli, 2011: 162).

#### 5) Pekerjaan

Gunanya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien (Ambarwati, 2010:90).

#### 6) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2012:235).

#### 7) Alamat

Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Ditanyakan alamatnya, agar dapat dipastikan ibu yang mana hendak akan ditolong. Alamat juga diperlukan jika mengadakan kunjungan kepada pasien (Romaulli, 2011:163).

b. Keluhan Utama

Menurut Pantikawati (2010: 16-107), keluhan-keluhan yang sering dijumpai pada ibu hamil trisemester III adalah sebagai berikut:

1) Sesak Nafas

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

2) 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 inferior saat berbaring.

3) 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.

4) Nokturia

Terjadi peningkatan rekuensi berkemih. Aliran balik vena dan ekstermitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada

posisi lateral rukemben karena tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

5) 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.

6) Konstipasi

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

c. Riwayat Kesehatan

1) 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

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 melitus, anemia, dan penyakit menular seksual (Marmi, 2011: 108-109).

2) Penyakit yang pernah dialami(sekarang)

a) Hipertensi

Hipertensi dalam kehamilan dikaitkan dengan morbiditas dan mortalitas janin maternal. Komplikasi yang dikaitkan dengan preeklamsi berat meliputi gangguan plasenta, gagal ginjal akut, ebrubsio retina, gagal janin, hemorargi serebral, IUGR, dan kematian maternal dan janin(Walsh, 2012:416).

b) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. Jantung yang normal dapat menyesuaikan diri terhadap segala perubahan sistem jantung dan pembuluh darah yang disebabkan oleh kehamilan yaitu dorongan diafragma oleh besarnya kehamilan sehingga dapat mengubah posisi jantung dan

pembuluh darah dan terjadi perubahan dari kerja jantung karena pengaruh peningkatan usia kehamilan 28 sampai 32 minggu,kebutuhan janin untuk pertumbuhan dan perkembangan dalam rahim, kembalinya darah segera setelah plasenta lahir karena kontraksi rahim dan terhentinya peredaran darah plasenta, saat postpartum sering terjadi infeksi(Manuaba, 2010:333).

c) TORCH

Semula infeksi *Toksoplasma Sitomegalo Virus Herpes Simpleks dan Rubela* (TORCH) dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk hampir sama yaitu mikrosefali, ketliian dan kebutaan, kehamilan dapat abortus, persalinan premature, dan pertumbuhan janin terlambat(Manuaba, 2010:340).

d) Asma

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

e) Gonorrhea

Gonorea dapat menyebabkan vulvovaginitis dalam kehamilan dengan keluhan flour albus dan dysuria (Saifuddin, 2014:407).

f) Penyakit tiroid

Menurut Fraser (2009: 346) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsi, kelahiran premature, berat badan lahir rendah dan kematian janin.

g) Diabetes Melitus (DM)

Wanita muda dengan diabetes tipe I secara umum tampak dengan keluhan jenis polyuria, termasuk keinginan untuk berkemih selama malam hari, meningkatnya haus, lapar dengan penurunan berat badan yang berhubungan, dan kelemahan atau keletihan. Mereka dengan diabetes tipe II mungkin juga mengeluh haus, sering berkemih dan kelemahan, tetapi yang lebih tampak adalah adanya infeksi jamur vagina berulang, gatal, infeksi kulit, penglihatan kabur, atau bahkan neuropati perifer. Wanita dengan riwayat janin besar dan kehilangan janin yang tidak dapat dijelaskan sebaiknya dipertimbangkan berada pada keadaan beresiko (Varney, 2007:140).

h) Hepatitis B

Penularan HBV ke bayi baru lahir terjadi 10% sampai 85% dan ibu terinfeksi. Resiko penularan pada bayi dikaitkan

dengan status antigen Hbe ibu. Ibu yang seropositive untuk baik HbsAF mengalami resiko tinggi penularan ke neonates mereka (Walsh, 2012:433).

i) HIV/AIDS

Kesehatan dapat memperberat kondisi klinik wanita dengan infeksi HIV. Transmisi vertical virus AIDS dan 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 (Fraser, 2009: 150).

j) Riwayat kesehatan keluarga

Iabetes 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, terjadi lebih banyak pada ras tertentu.

(Fraser, 2009:254).

d. Riwayat Kebidanan

1) Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk menentukan. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dan kepastian tanggal kelahiran. Gunakan rumus Naegele untuk menentukan Tafsiran Partus (TP): tambahkan 7 hari ke hari tanggal HPHT yang diketahui dan hitung 3 bulan mundur (Constance, 2009:4).

2) Riwayat kehamilan yang lalu

Karena komplikasi obstetric cenderung muncul lagi, informasi tentang kehamilan terdahulu harus diperoleh. Riwayat ini mencakup jumlah kehamilan, usia gestasi saat kehamilan berakhir, tipe kelahiran, lama persalinan, berat lahir ketika persalinan terjadi dipertengahan masa hamil, jenis kelamin anak, komplikasi, riwayat kesehatan anak terakhir dan lingkungan yang menyebabkan keguguran (Romaulli, 2011: 164).

e. Riwayat persalinan yang lalu

Riwayat melahirkan praterm meningkatkan resiko ibu sebesar 30 % untuk melahirkan praterm lagi. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi

dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK (Romauli, 2011:165).

f. Riwayat nifas yang lalu

Menurut Manuaba (2012, 201: 133) segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C.

Bila terjadi peningkatan terus menerus selama 2 hari, kemungkinan terjadi infeksi.

g. Kehamilan sekarang

Jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dan dua kali pada triwulan ketiga. (Saifuddin, 2014:90).

h. Keluarga Berencana

Tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2014: 158)

i. Pola kebiasaan sehari - hari

1) Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi

makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minimal cukup cairan ( menu seimbang) (Romaulli, 2011: 134).

Menurut Romaulli (2011:135-137) nutrisi yang perlu ditambahkan saat kehamilan yaitu:

a) Kalori

Untuk proses pertumbuhan janin memerlukan tenaga. Oleh karena itu, saat hamil, ibu memerlukan tambahan jumlah kalori. Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi - umbian(misalnya ubi dan singkong), dan sagu. Selain sumber tenaga, bahan makanan yang tergolong padi-padian merupakan sumber protein, zat besi, fosfor dan vitamin.

b) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Seiring dengan perkembangan dan pertumbuhan janin serta perkembangan payudara ibu, keperluan protein pada waktu hamil sangat meningkat. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Kekurangan tersebut juga mengakibatkan pembentukan air

susu ibu dalam masa laktasi kurang sempurna. Bahan makanan yang mengandung sumber protein yaitu sumber protein hewani(daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumber protein nabati (kacang - kacang seperti kedelai, kacang tanah, kacang tolo, tahu, tempe).

c) Mineral

Pada prinsipnya semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah- buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya saja zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makan sehari-hari. Kebutuhan zat besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg dan pada kehamilan kembar atau pada waniya yang sedikit anemia dibutuhkan 60-100 mg/hari.

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi. Asam folat digunakan bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram/hari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal

dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

## 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, 2014:134).

### b) Buang Air Besar (BAB)

Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik 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, 2014:137).

## 3) Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena

istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam (Romaulli, 2011: 144).

#### 4) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu. Beberapa aktivitas yang dapat dianggap sebagai senam hamil yaitu jalan-jalan saat hamil terutama pagi hari (Manuaba, 2012: 132-135). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2010:287).

#### 5) Personal Hygiene

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel di kulit meningkatkan kelembaban kulit dan memungkinkan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme. Jika tidak dibersihkan

(dengan mandi), maka ibu hamil akan sangat mudah untuk terkena penyakit kulit. Bagian tubuh lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan. Selain dengan mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal dua kali sehari sangat dianjurkan(Sulistyawati, 2012:118).

#### 6) Riwayat Seksual

Menurut Manuaba (2012:120) hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan(air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya, mengalami kematian kandungan, sekitar dua minggu menjelang persalinan (Romaulli, 2011:172).

#### 7) Riwayat Ketergantungan

##### a) Merokok

Merokok selama hamil berkaitan dengan keguguran, perdarahan vagina, kelainan premature, dan BBLR(2500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu di atas 35 tahun ada juga kenaikan berat dalam resiko

bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari Perokok muda (Romaulli, 2011:112).

b) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin (Fetal Alcohol Syndrome), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil (Frase dan Cooper, 2009:168).

c) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanapis, kokain dan anfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan premature, berat badan lebih rendah, lahir mati, dan abnormalitas (Frase dan Cooper, 2009: 167).

j. Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan dibutuhkan bagi wanita hamil terutama dari orang terdekat bagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa senang dan nyaman dan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2014: 145).

k. Latar belakang social 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 (Romoulli, 2011: 169- 170).

**2. Data Obyektif**

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran composmentis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabil ibu berjalan dengan sikap kifosis, skiolosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Ramoulli, 2011: 172).

## b. Tanda-Tanda Vital

### 1) Tekanan darah

Tekanan dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg.

Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik >120 mmHg., beresiko mengalami preeklamsi(Marmi, 2014: 163).

### 2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut permenit (dpm). Curigai hipotirodisme jika denyut nadi 100 dmp.periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksi yang menyertai (Marmi, 2014: 163).

### 3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi( Romauli, 2011: 173).

## c. Antropometri

### 1) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2012: 95).

## 2) Tinggi badan

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

## 3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronis (KEK) (Jannah, 2012: 136).

### d. Pemeriksaan fisik

#### 1) Kepala

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

#### 2) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romaulli, 2011: 174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan

salah satu tanda gejala adanya preeklamsia (Saifuddin, 2010 : 543).

### 3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Selera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romaulli, 2011: 176).

### 4) Mulut

Dalam kehamilan sering muncul stomatitis atau gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romaulli, 2011:174). Adanya caries atau karies yang menandakan ibu kekurangan kalsium (Saifuddin, 2010:287).

### 5) Gigi

Adanya karies atau karies yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis atau hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romaulli, 2011:174).

### 6) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romaulli, 2001: 174).

#### 7) Payudara

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol. Pada minggu ke 12 kolostrum mulai keluar dan papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan (Romaulli, 2011:174).

#### 8) Abdomen

Pemeriksaan abdomen di pertengahan awal kehamilan harus dilakukan secara menyeluruh jika kondisi uterus yang membesar memungkinkan. Evaluasi adanya nyeri tekan, massa, hernia, pembesaran hati, dan kelenjar getah bening. Seiring dengan kemajuan kehamilan, semakin sulit untuk meraba organ lain selain uterus. Perhatikan khusus pada abdomen wanita hamil meliputi denyut jantung janin, tinggi fundus uteri, dan presentasi janin (Marmi, 2014:166).

### 9) Genitalia

Pemeriksaan genitalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriiasi dan memar. Bila ada lesi

kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014:170).

### 10) Anus

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

### 11) Ekstermitas

Pemeriksaan ekstermitas harus mencakup pegkajian reflex tendon dalam, pemeriksaan adanya edema. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsi (Marmi, 2014: 136). Bila

tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk.

Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsi. Bila reflex patella negatif

kemungkinan pasien mengalami kekurangan BI (Romaulli, 2011:176).

e. Pemeriksaan Khusus

1) Rumus Mc Donald

Fundus uteri diukur dengan pita. Tinggi fundus dikalikan 2 dan di bagi 7 memberikan umur kehamilan dengan bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu (Marmi, 2011:160).

2) Palpasi

Tangan bidan harus bersih dan hangat, tangan yang dingin tidak memiliki indra peraba akut yang diperlukan, tangan yang dingin cenderung menstimulasi kontraksi abdomen dan otot uterus. Lengan dan tangan harus rileks, palpasi dilakukan dengan banalan jari, bukan ujung jari yang lembut (Fraser, 2009:258). Cara melakukan Palpasi menurut Leopold sebagai berikut:

a) Leopold I

Pemeriksaan Leopold I digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan digunakan untuk mengetahui bagian janin yang terdapat di fundus (Rahmawati, 2008: 125).

Langkah – langkah pemeriksaan Leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksaan berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (3) Rahim di bawa ketengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan Marmi (2011:167)

Table 2.4

TFU berdasarkan leopold pada trisemester III

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

Sumber: (Marmi, 2011:167)

- (5) Tentukan bagian apa dari bayi yang terdapat pada fundus. Sifat kepala ialah keras, bundar dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar, dan kurang melenting. Pada letak lintang fundus uteri kosong.

Pemeriksaan tuanya kehamilan dari tingginya fundus uteri. Variasi Knebel digunakan untuk menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangn yang lain di atas simfisis (Manuaba, 2012: 118).

b) Leopold II

Pada pemeriksaan leopold II untuk mengetahui bagian punggung janin dan letak bagian-bagian kecil janin (Rachmawati dkk, 2008: 121). Langkah – langkah pemeriksaan leopold II adalah sebagai berikut:

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

c) Leopold III

Menurut Marmi (2011: 168) langkah-langkah pemeriksaan leopold III yaitu:

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

Leopold III untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah janin ini sudah atau belum terpegang oleh Pintu Atas Panggul (PAP) (Marmi,2011:168).

d) Leopold IV

Pemeriksaan leopold IV yaitu untuk mengetahui bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum (Marmi,2011:168). Langkah-langkah pemeriksaan leopold IV yaitu:

- (1) Pemeriksaan mengubah sikapnya menjadi kearah kaki pasien
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi di bagian bawah

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

(4) Jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dan bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar. Jadi Leopold IV untuk menentukan beberapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Jika kedua tangan divergen maka bagian terbesar dari kepala sudah melewati Pintu Atas Panggul (PAP). Sedangkan bila tangan konvergen maka bagian terbesar dari kepala belum masuk Pintu Atas Panggul (PAP) (Manuaba, 2010:117).

e) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Pada trimester pertama, ukuran uterus pada minggu kedelapan yang sesuai adalah sebesar bola tenis, sebesar buah jeruk pada minggu ke 10. Pada trimester kedua puncak uterus harus 3 - 4 lebar jari dibawah umbilicus pada minggu ke 16, 1-2 lebar jari bawah umbilicus pada minggu ke 18, di umbilicus pada minggu ke 20, 1-2 lebar jari diatas umbilicus pada minggu ke 22, dan 3-4 lebar jari diatas umbilicus pada minggu ke 24 (Marmi, 2014:169).

f) Pemeriksaan Osborn test

Tujuan pemeriksaan test Osborn adalah untuk mengetahui adanya DKP (Disporposi Kepala Panggul ) pada ibu hamil.

Prosedur pemeriksaaan test Osborn yaitu tangan kiri penolong mendorong kepala janin masuk ke arah Pintu Atas Panggul (PAP). Cara pemeriksaannya yaitu apabila kepala janin tidak bisa masuk dan teraba tonjolan di atas simfisis, maka jari tengah diletakkan tepat di atas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah maka hasil test Osborn adalah negative (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar maka hasil test Osborn adalah ragu-ragu. Dan apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka hasil test Osborn adalah positif (+) (Marmi, 2014: 175).

g) Sistem Perlimaan

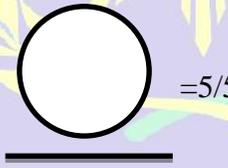
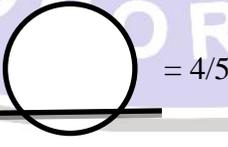
Menurut Winkjosastro (2008: 84) penurunan bagian terbawah janin dengan metode lima jari atau perlimaan adalah sebagai berikut:

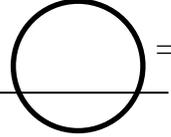
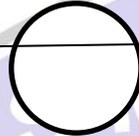
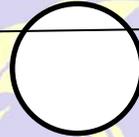
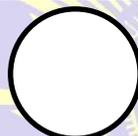
- 1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba di simfisi pubis
- 2) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin memasuki PAP

- 3) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin sudah masuk PAP
- 4) 3/5 jika sebagian dari bagian terbawah janin masih berada diatas simfisis dan 3/5 bagian terbawah telah turun melewati bidang rongga panggul
- 5) 1/5 jika hanya 1 dan 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin berada di atas simfisis dan 4/5 jari telah masuk ke rongga panggul

Table 2.5

Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaann

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
		Kepala diatas PAP, mudah digerakkan
	H I-II	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk 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 didasar panggul
 =0/5	H IV	Di perincian

Sumber :Saifuddin (ed): N-10

#### h) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut: (tinggi fundus dalam cm-n)

$\times 155 = \text{berat (gram)}$ . Bila kepala diatas atau pada spina

iskiadika maka  $n=12$ . Bila kepala di bawah spina iskiadika

maka  $n= 11$  (Romaulli, 2011: 71).

#### i) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 40 denyut permenit (Manuaba, 2012:116). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2014:188-189). Cara menghitung bunyi jantung adalah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik ke lima dalam satu menit yaitu:

- (1) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit, DJJ normal
- (2) (10-14-9) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia
- (3) (9-7-9) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam keadaan asfiksia Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2.

Jadi kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2

j) Pemeriksaan panggul

Menurut Marmi (2014:171-176) pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2 yaitu :

## (1) Pemeriksaan panggul luar

(a) Diastansia spinarium yaitu jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya 23-26 cm)

(b) Diastansia kristarum yaitu jarak antara kristia iliaca kanan dan kiri (normalnya 26-29 cm)

(c) Conjugata eksterna yaitu jarak antara pinggir atas sympsis dan ujung processus spinosus ruang tulang lumbal ke V (normalnya 18-20 cm)

(d) Ukuran lingkaran panggul yaitu dari pinggir atas sympsis ke pertengahan spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak yang lain (normalnya 80-90 cm)

## (2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor, line innominate teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, os sacrum mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis  $>90^\circ$ .

k) Pemeriksaan penunjang

(1) Pemeriksaan laboratorium darah

(a) Hemoglobin

Hemoglobin adalah suatu substansi protein dalam sel-sel darah merah yang terdiri dari zat besi yang merupakan pembawa O<sub>2</sub>. Dengan memakai alat sahli, kondisi hemoglobin dapat digolongkan sebagai berikut: Hb 11 gr% yaitu tidak anemia, Hb 9-10,5 gr% yaitu anemia ringan, Hb 7-8 gr% yaitu anemia sedang, dan Hb <7 gr% yaitu anemia berat (Suryati, 2011).

(b) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah adalah pemeriksaan darah yang di ambil dari darah perifer atau darah vena tanpa EDTA. Tujuannya untuk mengetahui golongan darah, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan tempat pemeriksaan di RS, puskesmas, BPS, dan laboratorium (Suryati, 2011: 77).

(c) Pemeriksaan HbsAg

Pemeriksaan HbsAg adalah pemeriksaan darah yang diambil dari vena, dilakukan pada

pemeriksaan hamil yang pertama, yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya virus hepatitis didalam darah baik dalam kondisi aktif maupun sebagai carier (Suryati, 2011:79).

## (2) Pemeriksaan Urine

### (a) Pemeriksaan albumin

Albumin adalah protein yang terdapat dalam jaringan tubuh dan darah, laut dalam air, menggumpal pada pemanasan, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan dan setiap kunjungan pada akhir trimester II sampai trimester III kehamilan. Tujuannya untuk mengetahui ada tidaknya albumin dalam air keruh dan beberapa tinggi kadar albumin dalam air keruh (Suryati, 2011:88).

### (b) Pemeriksaan reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine, dilakukan pada waktu kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang sering digunakan yaitu dengan metode Fehling (Suryati, 2011:89).

(c) Keton Urine

Badan keton terdiri dari 3 senyawa yaitu aseton, asam asetoasetat, dan asam hidroksibutirat yang merupakan produk metabolisme lemak dan asam lemak yang berlebihan. Badan keton diproduksi ketika karbohidrat tidak dapat digunakan untuk menghasilkan energy yang disebabkan oleh gangguan metabolisme karbohidrat, kurangnya asupan karbohidrat, gangguan absorpsi karbohidrat, atau gangguan metabolisme glukosa sehingga tubuh mengambil simpanan asam lemak untuk dibakar. Pemeriksaan keton urine dapat dilakukan dengan menggunakan tablet acetest atau strip dengan reagen. Uji keton urine dengan tablet acetest digunakan untuk mendeteksi dua keton utama adalah aseton dan asetoasetat. Letakkan tablet acetest di atas kertas saring atau tissue lalu teteskan urine segar diatas tablet tersebut. Tunggu selama 30 detik lalu segera amati perubahan warna yang terjadi pada tablet, jika berubah warna menjadi warna lembayung terang-gelap maka uji keton dinyatakan positif. Uji keton urine dengan

strip reagen lebih sensitive terhadap asam aseosetat daripada aseton. Celupkan strip reagen ke dalam urine. Tunggu selama 15 detik. Amati perubahan warna yang terjadi. Bandingkan dengan warna. Pembacaan dipstick dengan instrument otomatis lebih dianjurkan untuk memperkecil kesalahan dalam pembacaan secara visual. (Romaulli, 2011: 189-190).

(d) Ultrasonografi (USG)

Menurut Romaulli (2011:72) penentuan umur kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

(1) Dengan menggunakan diameter kantung kehamilan (GS=Gestational Sac) untuk kehamilan 6-12 minggu

(2) Dengan mengukur jarak kepala - bokong (GRI=Groun Rump Length) untuk umur kehamilan 7-14 minggu

(3) Dengan mengukur diameter biparterial (BPD) untuk kehamilan lebih dari 12 Minggu

(e) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendekati resiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR).

Terdiri dari Kehamilan Resiko Rendah (KRR) dengan 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Resiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014:12).

(f) *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)

(3) 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).

(a) Menurut Marmi (2011: 171) pemeriksaan panggul

luar yaitu:

- Distantia spinarum, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan normalnya  $\pm 23-26$  cm.
- Distantia kristarum, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri normalnya  $\pm 26-29$  cm.
- Conjunctiva eksterna (baudeloque), jarak antara pinggir atas simpisis dan ujung prosesus spinosus ruas tulang lumbal ke V normalnya  $\pm 18-20$  cm.
- 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.

(b) 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  $>90^0$  (Marmi, 2011: 175-176).

### 3. Analisa Data

Analisa data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan mencakup yaitu diagnosis/masalah kebidanan (Muslihatun, 2009:91). Diagnosa kebidanan Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan yaitu bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria sebagai berikut:

- (a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- (b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi pasien
- (c) Dapat diselesaikan sendiri dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Langkah-langkah merumuskan diagnose kebidanan:

GPAPIAH, usia kehamilan dalam minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, 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 yaitu edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, dan kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas

dan nyeri ulu hati dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney, 2007: 538-543).

#### 4. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standart Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Rencana asuhan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien dan keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis, social budaya klien/keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *avidance based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

Diagnose kebidanan: GPAPIAH, usia kehamilan dalam minggu, janin hidup,tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal,keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012: 123).

Tujuan : ibu dan janin sehat dan sejahtera sampai dengan melahirkan

Kriteria hasil :

- 1) Keadaan umum baik
- 2) Kesadaran composmen
- 3) Tanda-tanda vital normal (TD: 100/70 - 130/190 mmHg N: 76-88 x/menit, S: 37,5°C, RR: 16-24x/menit)
- 4) Pemeriksaan laboratorium (Hemoglobin minimal 11 gr%, reduksi (-))

Intervensi menurut Manuaba (2012: 125) adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan
- b) Jelaskan mengenai masalah yang dialaminya
- 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
- d) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan sesuai trimester yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera
- e) Buat kesepakatan untuk kunjungan berikutnya

Potensial masalah:

a. Masalah I : panas dan nyeri ulu hati

Tujuan : tidak terjadi nyeri ulu hati

Kriteria hasil : tidak kembung dan ibu tidak ada rasa nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Marmi (2015) adalah sebagai berikut:

- 1) Jelaskan pada ibu panas dan nyeri ulu hati
- 2) Anjurkan pada ibu untuk makan dengan porsi sedikit tapi sering
- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari makan makanan yang berlemak, berbumbu yang merangsang serta pedas
- 4) Hindari berbaring setelah makan
- 5) Hindari minum selain air putih
- 6) Hindari kopi, rokok, coklat dan alkohol
- 7) Tidur dengan kaki lebih tinggi daripada kepala
- 8) Berikan antasida

b. Masalah 2 : pusing

Tujuan : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria hasil : pusing berkurang kesadaran composmentis tidak terjadi jatuh atau kehilangan keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah(2008: 314) adalah sebagai berikut:

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing
- 2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat
- 3) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama dilingkungan panas dan sesak

c. Masalah 3 : kram pada kaki

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis ( kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai

Kriteria hasil : ibu mampu mengatasi jika kram tungkai berkurang dan kram pada tungkai berkurang

Intervensi menurut Maritalia (2012: 76) adalah sebagai

berikut:

- 1) Jelaskan penyebab kram pada kaki

- 2) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur
- 3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan melakukan massage
- 4) Minta ibu untuk tidak berdiri terlalu lama
- 5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat

d. Masalah 4 : keputihan

Tujuan : keputihan dapat teratasi

Kriteria hasil : tidak terjadi keputihan

Intervensi menurut Sulistyawati (2011:144) adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari minimal 2 kali sehari
- 2) Anjurkan ibu untuk menggunakan pakaian yang terbuat dari katun atau bahan dengan daya serap tinggi
- 3) Hindari pakaian dalam yang terbuat dari nilon
- 4) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan makanan buah dan sayur

e. Masalah 5 : Nokturia

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan Fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria hasil : 1) ibu BAK 7-8 kali/hari terutama siang hari

2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Menurut Manuaba(2010:321) intervensinya adalah:

- 1) Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing
- 2) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretic alamiah seperti kopi dan sooftdrink
- 3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK
- 4) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya padamalam hari dan sebelum tidur BAK dulu

f. Masalah 6 :sesak nafas

Tujuan :ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O2 ibu terpenuhi

Kriteria hasil : frekuensi pernafasan 16- 24x/menit dan ibu dapat menggunakan pernafasan tersebut

Intervensi menurut Mochtar (2012) yaitu:

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas
- 2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal yang tinggi
- 3) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

g. Masalah 7 : edema dependen

Tujuan : masalah edema dapat dikurangi dan ibu dapat beradaptasi

Kriteria hasil : edema berkurang, aktivitas sehari-hari

Intervensi menurut Varney (2007:540) adalah sebagai berikut:

- 1) Jelaskan pada ibu penyebab dari edema dependen
- 2) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri yang terlalu lama
- 3) Anjurkan ibu untuk miring ke kiri dan kaki lebih tinggi dari kepala
- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari memakai pakaian yang ketat

- 5) Anjurkan ibu untuk menggunakan penyokong atau korset

h. Masalah 8 : nyeri punggung bawah

Tujuan : ibu dapat beradaptasi dengan keadaan-keadaan fisiologis (nyeri punggung bawah) yang terjadi

Kriteria hasil : nyeri punggung bawah berkurang

Intervensi menurut (Sulistyawati, 2009) adalah sebagai berikut:

- 1) Tekuk kaki ketika mengangkat apapun
- 2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban yang terlalu berat
- 3) Anjurkan ibu tidur miring dan perut diganjal bantal
- 4) Gunakan sepatu tumit rendah
- 5) Gunakan kasur yang dapat menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal

i. Masalah 9 : konstipasi sehubungan peningkatan progesterone

Tujuan : tidak terjadi konstipasi

Kriteria tujuan: ibu dapat BAB 1-2 kali/hari konstipasi lunak

Menurut Pantikawati (2009:112) intervensinya adalah sebagai berikut:

- 1) Anjurkan ibu untuk membiasakan diri dengan pola BAB yang teratur
- 2) Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan dan serat dalam diet
- 3) Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin atau panas terutama ketika perut kosong
- 4) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, dan latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur

j. Masalah 10 : hemoroid

Tujuan : hemoroid tidak terjadi dan tidak tambah parah

Kriteria hasil : BAB 1-2x/hari konsistensi lemak dan BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor

(2007:539) adalah sebagai berikut :

- 1) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi/sembelit

- 2) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas setiap bangun tidur
- 3) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau melakukan senam ringan
- 4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi
- 5) Anjurkan ibu untuk mandi berendam menggunakan air hangat

k. Masalah 11 : varises

Tujuan : tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria hasil : tidak terdapat varises

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007: 540) adalah sebagai berikut :

- 1) Kenakan kaos kaki penyokong
- 2) Hindari penggunaan pakaian yang ketat
- 3) Hindari berdiri terlalu lama dan tidak menyilang saat duduk
- 4) Lakukan latihan ringan dan berjalan-jalan secara teratur
- 5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

1. Masalah 12 :kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria hasil :ibu tampak tenang dan rileks, ibu tampak tersenyum, suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi menurut Varney (2007: 503: 504) adalah sebagai berikut:

- 1) Jelaskan pada ibu hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan
- 2) Anjurkan ibu untuk mandi dengan air hangat
- 3) Anjurkan pada ibu untuk melakukan relaksasi progresif

### **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 rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007).

### **6. Evaluasi**

Menurut Kemenkes RI No.938/Menkes/NK/VII 2007(7) tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkeseimbangan untuk melihat keefektifan dari asuhan

yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

### 7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007) hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan dengan klien atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien.

Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu:

**S** : adalah 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 dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan segera komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

## 2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

### 1. Pengkajian data

#### a. Data Subyektif

##### 1) Biodata

##### a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasien karena kemungkinan memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (manuaba, 2012: 173)

##### b) Umur

Data ini untuk mengetahui apakah ibu dalam persalinan beresiko karena umur atau tidak (cooper, 2009: 345)

##### c) Pendidikan

Pendidikan yang rendah, membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu (manuaba, 2010: 11)

##### d) Pekerjaan

Menurut marmi (2011: 155) mengetahui pekerjaan pasien penting untuk mengkaji pasien berada dalam keadaan utuh dan mengkaji potensi kelainan premature dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin. Lalu menurut manuaba (2010: 117-120) pekerjaan rutin dapat

dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan. Wanita karier yang hamil berhak untuk mendapatkan cuti hamil selama tiga bulan, diambil satu bulan sebelum persalinan dan dua bulan sesudah persalinan

e) Alamat

Alamat penting untuk dikaji agar mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya saa. Ditanyakan alamat supaya dapat dipastikan ibu mana yang hendak ditolong itu. Alamat juga diperlukan bila mengadakan kunjungan kepada penderita (Romauli. 2011: 163)

f) Gravida dan Para

Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan kejadian komplikasi. Semakin tinggi paritas, kejadian retensio plasenta, plasenta previa, perdarahan uterus, mortalitas ibu, dan mortalitas perinatal juga meningkat. (Varney. 2008: 681)

2) Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan ibu antara lain kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek disertai nyeri yang menjalar kedepan, dapat juga terjadi pengeluaran darah atau lendir bercampur darah, disertai ketuban pecah (Manuaba. 2010: 169). Gejala dan tanda kala II adalah ibu

merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi dan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vagina (Wikjosastro. 2008: 79)

3) Riwayat kesehatan yang lalu

a) Penyakit jantung

Penyakit jantung kelas III dan IV tidak boleh hamil, karena bahaya terlampaui besar. Apabila terjadi kehamilan, mK kehamilan <12 minggu, abortus terapeutik perlu dipertimbangkan (Wikjosastro. 2008: 82)

b) Pneumonia

Pneumonia dalam kehamilan merupakan penyebab kematian non obstetric yang terbesar setelah penyakit jantung. Oleh karenanya harus segera diketahui, dirawat dan diobati secara intensif untuk mencegah timbulnya kematian janin atau ibu, abortus, persalinan premature atau kematian janin dalam kandungan (Romauli. 2001: 163)

c) Hipertensi

Ibu hamil dengan penyakit hipertensi, janin bertumbuh kurang wajar (dismaturitas), dilahirkan premature atau mati dalam kandungan. Sering pula terjadi solusio plasenta yang mempunyai akibat buruk, baik bagi ibu ataupun anak. Angka kematian kira – kira 20%. (Wikjosastro. 2008: 82)

d) Asma

Penyakit asma dalam kehamilan kadang – kadang bertambah berat atau makin berkurang. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub>, pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan dengan tindakan operasi (Manuaba. 2010: 336)

e) Gonore

Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita gonore dapat menderita konjungtivis, gonore neonatorum dan blenore neonatorum (Manuaba. 2010: 336)

f) Transmisi virus AIDS ibu kepada janinnya telah banyak terbukti, tapi belum jelas diketahui kapan transmisi perinatal itu terjadi. Dalam persalinan *Sectio Caesare* (SC), bukan indikasi menurunkan resiko infeksi kepada bayi yang dilahirkan. Perawatan pasca salin perlu memperhatikan kemungkinan penularan melalui pembalut wanita, luka episiotomy, ataupun luka SC (Wikjosastro. 2008 : 83)

#### 4) Riwayat Kesehatan Sekarang

Penyakit yang dapat memengaruhi persalinan yaitu :

- a) Anemia dalam kehamilan member pengaruh kurang baik bagi ibu, baik dalam kehamilan, persalinan maupun dalam nifas dan masa selanjutnya. Berbagai penyulit dapat timbul akibat anemia, seperti abortus, partus prematurus, partus lama akibat inersia uteri, perdarahan pasca salin karena atonia uteri, syok, infeksi intrapartum maupun pasca salin, anemia yang sangat berat dengan Hb <4 g% dapat menyebabkan dekompensasi kordis. Kadar Hb normal yaitu 11g% (Manuaba. 2010: 239)
- b) Bahaya varises dalam persalinan, baik di vulva atau vagina maupun ditungkai ialah kemungkinan pecahnya pembuluh darah. Selain bahaya perdarahan yang kemungkinan berakibat fatal, dapat juga terjadi emboli udara (Manuaba. 2010: 239)
- c) Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita gonore dapat menderita konjungtivis, gonore neonatorum atau disebut juga blenore neonatorum (Wikjosastro. 2008 : 45)
- d) Menurut Wikjosastro (2008: 84) transmisi virus AIDS ibu kepada janin telah banyak terbukti, tapi belum jelas diketahui kapan transmisi perinatal itu terjadi. Dalam persalinan *Section Caesare* (SC), bukan indikasi menurunkan resiko infeksi kepada bayi yang dilahirkan. perawatan pasca salin perlu

memperhatikan kemungkinan penularan melalui pembalut wanita, luka episiotomy, ataupun luka SC.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS, penyakit menurun seperti asma, diabetes mellitus, penyakit menahun seperti ginjal, jantung, maupun keturunan kembar

6) Riwayat kebidanan

a) Haid

Bila seorang wanita datang dengan haid terlambat dan diduga ada kehamilan, maka dapat ditentukan tanggal perkiraan persalinan, jika hari pertama haid terakhir diketahui dan siklus kurang dari 28 hari, rumus yang digunakan adalah rumus Neagle. Perkiraan persalinan menurut rumus yaitu Hari + 7, Bulan – 3, dan tahun +1 untuk siklus 28+x hari (Wikjosastro. 2008: 85)

7) Kehamilan yang lalu

Menurut Fraser (2009: 252) terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan berikutnya. Dilatasi dan kuterase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks. Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti

abnormalitas genetic, ketidakseimbangan hormone, atau inkompetensi serviks.

8) Persalinan yang lalu

a) Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravida selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. selain itu untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya.

b) Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan perrvaginam memastikan keadekuatan panggul wanita untuk ukuran bayi saat ini. Kemudian untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika disbanding dengan perkiraan berat janin

c) Wanita yang mempunyai riwayat melahirkan bayi kecil dan ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini

d) Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertikal bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney. 2008: 697 – 780)

9) Nifas yang lalu

Pada hari pertama dan kedua lokia rubra dan lokia kruenta, hari ke 7 lokia sanguilenta. Setelah satu minggu lokia serosa. Setelah 2 minggu lokia alba. Biasanya lokia tersebut berbau agak sedikit amis, kecuali jika terdapat infeksi dan berbau busuk, misalnya pada adanya lokiostastis yaitu lokia tidak lancar keluar dan onfeksi (Wiknjosastro. 2008: 88)

10) Pola kehidupan sehari – hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dikarenakan dehidrasi bisa memperlambat kontraksi, dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur, dan kurang efektif (Wiknjosastro. 2008: 88)

b) Eliminasi

Selama persalinan ibu harus dianjurkan berkemih setiap 1- 2 jam. Urine yang berada dalam kandung kemih adalah masa yang tidak dapat ditelan, sehingga dapat mengganggu penurunan bagian presentasi janin atau mengurangi kapasitas uterus untuk berkontraksi, yang meningkatkan resiko pengaruh perdarahan pasca salin (Fraser. 2009: 452). Dan menurut Varney dkk (2008: 687) *Poliuria* sering terjadi selama

persalinan, karena meningkatkan curah jantung selama persalinan. *Poliuria* menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan

c) Istirahat dan tidur

Pada umumnya wanita lebih suka berbaring karena merasakan sakit ketika hia (Wiknjosastro. 2008: 89)

d) Personal hygiene

Pada kala I, mengganti pakaian yang basah oleh keringat dan mengganti perlak, menjaga perinium tetap kering, membersihkan genitalia dari depan ke belakang dan mengganti pembalut yang menyerap diantara bokong ibu dapat menyebabkan terjadinya infeksi intrauteri akibat kontaminasi pada introitus vagina. Mandi, menyikat gigi, mengeringkan dengan handuk dapat membuat ibu merasa lebih nyaman. Kemudian pada kala II, ibu mengalami dehidrasi karena banyaknya cairan yang hilang melalui kulit dalam bentuk keringat (Varney. 2008: 760)

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). Lalu menurut Wiknjosastro (2008: 89) bila kepala janin sebagian sudah masuk pintu atas panggul, serta ketuban belum pecah, tidak ada keberatan wanita tersebut duduk atau berjalan – jalan disekitar kamar bersalin. Apabila janin belum turun dalam pintu atas panggul sebaiknya wanita tersebut berbaring terlentang, karena apabila ketuban belum pecah kemungkinan terjadi komplikasi seperti prolaps tali pusat, prolaps tangan dan sebagainya. Sedangkan bila his sudah sering, dan ketuban sudah pecah wanita tersebut harus berbaring

#### 11) Riwayat ketergantungan

Kenyataan bahwa para wanita yang terlalu banyak merokok akan melahirkan anak yang lebih kecil, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus. Ketergantungan selanjutnya pada obat – obatan, terutama pada TM I dan II kehamilan mengakibatkan kelainan organ pada janin seperti pada obat yang teratogenik dan dapat terjadi abortus dan partus prematurus pada golongan obat yang dapat menimbulkan his (Wiknjosastro. 2008: 167)

#### 12) Psikososial dan spiritual

Menurut Fraser (2009: 429) mood yang berubah – ubah sering terjadi dan dorongan energi juga dapat terjadi. Sebagian mungkin

memandang kontraksi yang terjadi sebagai kekuatan positif yang memotivasi dan memberikan kehidupan. Sebagian lain mungkin merasakan kontraksi ini sebagai rasa nyeri dan melawan kontraksi tersebut. Seorang ibu dapat menyambut peristiwa ini dengan perasaan senang karena sebentar lagi ia akan melihat bayinya. Ibu merasa cemas membayangkan bahwa melahirkan seorang anak akan terasa sakit dan khawatir tentang kemampuannya mengendalikan rasa nyeri. Bersamaan dengan kemajuan persalinan, ibu merasa kurang percaya diri terhadap kemampuan kopingsnya menghadapi sifat kontraksi yang kuat dan mengendalikan tubuhnya

### 13) Latar belakang sosial budaya

Pantang diet sebaiknya tidak dilakukan, pada dasarnya dianjurkan makan makanan gizi seimbang, karena kebutuhan akan protein dan bahan makanan tinggi dianjurkan tambahan tekur sehari (Varney. 2009: 429)

#### **b. Data Obyektif**

Sebelumnya telah dibahas data subyektif, untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosis, maka harus dilakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi yang di lakukan secara berurutan. Sehingga data – data yang perlu untuk dikaji adalah :

## 1) Pemeriksaan umum

### a) Keadaan umum

Kondisi umum selama kala II persalinan akan tergantung pada kondisi, umumnya akhir kala I persalinan. Jika sudah kehabisan tenaga (lelah) saat akhir kala I, maka akan mengalami kesulitan meneran pada kala II, terutama pada primigravida (Varney. 2008: 108)

### b) Tanda – tanda vital

Menurut Varney (2008: 108) tanda – tanda vital pada saat persalinan yaitu :

#### (1) Tekanan darah

Pada kala I, meningkat selama kontraksi disertai dengan peningkatan sistolik rata – rata 15 (10 – 20) mmHg dan diastolic rata – rata 5 – 10 mmHg (peningkatan ini bisa dihindari dengan merubah posisi tubuh dari tidur terlentang ke posisi miring). Selanjutnya pada kala II, upaya mendorong menyebabkan tekanan darah meningkat dan menurun (tidak stabil). Kemudian pada kala III, mulai kembali ke tingkat sebelum melahirkan dan pada kala IV menjadi lebih stabil. Fraser (2009: 259) menambahkan bahwa hipotensi dapat terjadi akibat posisi terlentang, syok, atau anestesi epidural.

## (2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan. Pada kala II, frekuensi nadi meningkat disertai takikardi dan ini dianggap normal. Peningkatan denyut nadi yang berlebihan dapat menimbulkan infeksi, syok, ansietas, dan dehidrasi

## (3) Suhu

Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Peningkatan suhu tubuh yang normal tidak lebih dari 0,5 sampai 1°C. Jika lebih menunjukkan tanda infeksi dan dehidrasi. Hal ini juga mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan.

## (4) Pernapasan

Pada kala I sampai kala IV, pernapasan relatif normal, tetapi peningkatan frekuensi pernapasan yang berlebihan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi dapat menunjukkan syok atau ansietas

## 2) Pemeriksaan fisik

### a) Muka

Menurut Saifuddin (2009: 247) saat menjelang persalinan, ibu akan nampak gelisah ketakutan dan menahan rasa sakit akibat his. Sedangkan menurut Varney (2008: 114) pada wajah ibu

perlu dilakukan pemeriksaan odema yang merupakan tanda klasik preeklamsia.

b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal, warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera yang normal berwarna putih, jika berwarna kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila berwarna merah kemungkinan adanya *conjunctivitis* (Romauli. 2011: 174)

c) Mulut dan gigi

Menurut varney (2007: 719) wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, bibir kering atau pecah – pecah, mulut kering, terutama jika ia bersalin selama berjam – jam tanpa mendapatkan cairan oral dan perawatan mulut

d) Leher

Dalam kehamilan biasanya kelenjar tiroid mengalami hiperfungsi dan kadang – kadang disertai dengan pembesaran ringan. Setelah persalinan fungsi dan besarnya kelenjar gondok pulih kembali. Akan tetapi walaupun tampak gejala – gejala yang dapat menyerupai hiperfungsi glandula tyroid, namun wanita tersebut tidak menderita hipertiroidimus (Wiknjosastro. 2008: 342)

e) Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting payudara ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam pengeluaran, puting yang rata atau intervensi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney. 2007: 115)

f) Abdomen

Saat kontraksi uterus dimulai nyeri tidak akan terjadi selama beberapa detik dan akan hilang kembali di akhir terjadi kontraksi. Ketika meraba saat adanya kontraksi, maka akan diketahui mulainya kontraksi sebelum ibu merasakannya. Pengetahuan ini digunakan saat memberikan analgesia inhalasi atau menggunakan mekanise koping lainnya. Uterus terus terasa lebih keras setiap ada kontraksi. Kontraksi yang terlalu lama, atau sangat kuat dan urutannya singkat akan menimbulkan masalah seperti hipoksia janin (Fraser. 2009: 453 – 454)

g) Genetalia

Menurut manuaba (2010: 344) pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban, dan juga adanya luka parut di vagina. Luka

parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinium atau tindakan episiotomy sebelumnya, sementara itu pada kala II terdapat juga perinium menonjol dan vulva membuka

h) Anus

Anus sudah mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila benar – benar kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro. 2008: 344)

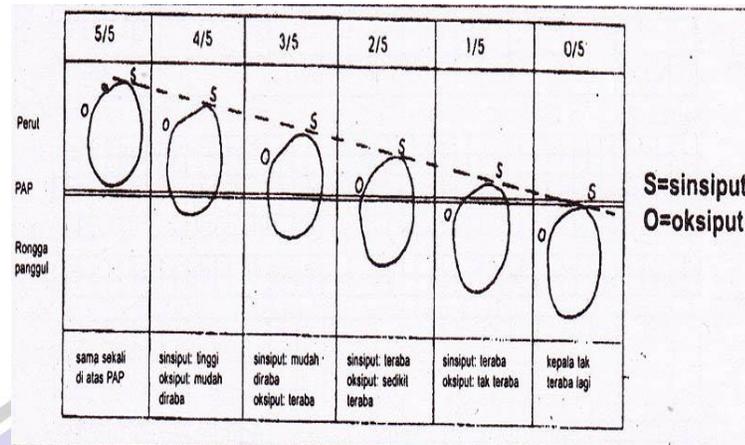
i) Ekstermitas

Menurut Varney (2008: 693) edema merupakan tanda klasik preeklamsi. Edema hanya pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar

3) Pemeriksaan khusus

a) Palpasi

Menurut Wiknjosastro (2008: 43) penurunan bagian terbawah janin



Gambar 2.14

Penurunan Kepala Janin  
Sumber : Manuaba. 2010

#### b) Auskultasi

Denyut jantung janin berbunyi ganda tetapi lebih cepat dibandingkan bunyi jantung orang biasa. DJJ normal 110 – 160/menit (Fraser. 2009: 261). Sedangkan hidayat (2008: 50) menambahkan bahwa lokasi *punctum* maksimum denyut jantung janin dapat digunakan untuk mengetahui sikap badan janin. Selama kala I persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala II. Untuk wanita dengan kehamilan beresiko. Evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak setiap 15 menit selama kala I dan 5 menit selama kala II.

c) His

Menurut (Wiknjosastro. 2008: 43) amplitude uterus terus meningkat sampai 60 mmHg pada akhir kala I dan frekuensi his menjadi 2 – 4 kontraksi tiap 10 menit. Durasi his pun meningkat dari 20 detik pada permulaan partus sampai 60 – 90 pada akhir kala I atau pada permulaan kala II. Kontraksi uterus dapat dihitung menggunakan jarum detik dengan melakukan palpasi uterus untuk menentukan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit. Pada fase aktif, minimal terjadi dua kontraksi dalam 10 menit dan lama kontraksi 40 detik atau lebih. Di antara dua kontraksi akan terjadi relaksasi dinding uterus. Lalu Manuaba (2010: 173) juga menambahkan bahwa his kala II, his yang semakin kuat dengan interval 2 – 3 menit, dengan durasi 50 – 100 detik. His dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut :

(1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). kala I persalinan terdiri dari 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Wiknjosastro. 2008: 39)

## (2) Kala II

Menurut Hidayat (2008: 25) persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut dengan kala pengeluaran bayi

## (3) Kala III

Persalinan kala III dimulai sejak lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro. 2008: 99)

## (4) Kala IV

Menurut Hidayat (2008: 54) persalinan kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu.

## 4) Pemeriksaan dalam

Menurut Wiknjosastro (2008: 56) yang harus dilakukan dalam pemeriksaan dalam yaitu ::

- a) Memeriksa genitalia eksterna, memerhatikan ada tidaknya luka atau benjolan (massa) termasuk kondiloma, varikosis vulva, atau rectum, atau luka parut di perinium (Manuaba. 2010: 173)
- b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam dan mekonium

(1) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang untuk melakukan pemeriksaan dalam

- (2) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan dan kekentalan pada mekonium serta pemeriksaan DJJ
  - (3) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk di partograf
  - (4) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan segera rujuk
  - (5) Jika tercium bau busuk, mungkin telah terjadi infeksi
  - (6) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi
- c) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinium atau tindakan episiotomy sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi
  - d) Menilai pembukaan dan penipisan serviks
  - e) Memastikan tali pusat dan/atau bagian – bagian kecil janin tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam
  - f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul
  - g) Jika bagian terbawah adalah kepala, pastikan penunjuknya (ubun – ubun kecil, ubun – ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau gumpang

tindih tulang kepala serta menilai ukuran jalan lahir apakah sesuai (Wiknjosastro. 2008: 99)

Menurut Cunningham (2007: 339) penjelasan cermat terhadap hal – hal berikut :

a) Pemeriksaan serviks

Derajat pendataran serviks biasanya diartikan 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 didekatnya, serviks dinyatakan telah mendatar penuh atau 100%

b) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata – rata pembukaan serviks. Jari pemeriksa disapukan dari tepi serviks di satu sisi yang berlawanan, jadi diameter yang dilintasi dinyatakan dalam centimeter (Cunningham. 2007: 339)

c) Posisi serviks

Menurut Cunningham (2007: 339) hubungan antara os serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior,posisi

setengah, atau anterior. Sedangkan posisi posterior mengesankan persalinan preterm

d) 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 (Cunningham. 2007: 339)

e) Bidang hodge

Menurut Manuaba (2010: 59) bidang hodge I adalah bidang yang sama dengan pintu atas panggul, Hodge II adalah bidang sejajar dengan hodge I setinggi tepi bawah simpisis, Hodge III bidang sejajar dengan hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV adalah bidang sejajar dengan Hodge I setinggi ujung tilang selangka (Os Sacrum)

f) Stasiun

Stasiun merupakan hubungan antara bagia paling bawah presentasi dan garis inajiner yang ditarik di antara spina iskiadika pelvis wanita. Bagian yang paling bawah pada bagian presentasi janin yang terletak sejajar dengan spina iskiadika disebut stasiun 0. Stasiun diukur di atas atau di bawah tibgkat spina iskiadika (dalam centimeter), jika yang berada diatas stasiun ditulis -1, -2, -3, -4, dan -5 dan apabila dibawah ditulis +1, +2, +3, +4, san +5 (Varney. 2008: 677)

### 5) Pemeriksaan panggul

Menurut Wiknjosastro (2007: 44 – 45) dalam pemeriksaan panggul yang harus diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran peru diperhatikan hal sebagai berikut :

- a) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti adanya kesempitan panggul
- b) Normal line inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, apabila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- c) Spina ischiadika normal, tidak menonjol berarti adanya kesempitan panggul
- d) Sudut arcus pubis  $> 90^\circ$ , bila kurang berarti adanya kesempitan panggul
- e) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal, atau elastic

### 6) Pemeriksaan penunjang

Menurut Cunningham (2007: 335) pemeriksaan laboratorium adalah suatu tindakan dan prosedur pemeriksaan khusus dengan mengambil bahan atau sampel dari pasien, dapat berupa urin, darah, sputum (dahak), yang digunakan untuk menentukan diagnose penyakit bersama tes penunjang yang lain

a) Darah

Ketika seorang perempuan di rawat dirumah sakit untuk bersalin, seringkali pemeriksaan kematokrit dan kadar hemoglobin harus diulang. Hbsag merupakan penyakit nekroinflamasi krinis hati yang disebabkan oleh infeksi virus hepatitis B persien (Cunningham. 2007: 341). HIV/AIDS merupakan sekumpulan gejala dan infeksi yang timbul karena manusia akibat virus HIV yang menyerang sistem kekebalan tubuh khususnya pada sel darah putih (Cunningham. 2007: 335)

b) Urin

Pada beberapa urin, sebuah specimen urin yang diekskresikan (sedapat mungkin bebas dari debris) diperiksa kadar protein dari glukosa. Specimen urin diambil untuk kebutuhan analisa protein hanya pada ibu hamil dengan hipertensi (Cunningham. 2007: 340)

**2. Diagnosa Kebidanan**

G<sub>≥1</sub>P<sub>0</sub> UK 37 – 40 minggu, tunggal hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP, keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin, inpartu :

- a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney *et al*, 2007: 718 – 719)

- b. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknyosastro, 2008: 40)
- c. Kala 2 dengan kemungkinan masalah :
- 1) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008: 93)
  - 2) Infeksi (Wiknjosastro, 208: 93)
  - 3) Kram tungkai (Varney et al, 2007: 722)
- d. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 983/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 yaitu retensio plasenta apabila plasenta belum lahir setengah jam setelah setelah janin lahir dan avulasi tali pusar (Wiknjosastro, 2008: 656).
- f.  $P \geq 1$  kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut (Wiknjosastro, 2008: 118): Atonio uteri merupakan perdarahan obstetri yang disebabkan oleh kegagalan uterus untuk berkontraksi normal secara memadai setelah kelahiran (Cunningham, 2013: 415), robekan vagina, perineum atau serviks, sub involusio sehubungan dengan kandung kemih yang terisi penuh.

### 3. Perencanaan

#### a. Diagnosa

G<sub>≥</sub>IPU> UK 37-40 minggu, tanggal , hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H-IV, kepala sudah masuk PAP, keadaan janin lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala satu fase laten/aktif(akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

#### b. Tujuan

Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan.

#### c. Intervensi

##### Kala I

- 1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.  
(Wiknjosastro, 2008 : 57).
- 2) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his.  
Teknik relaksasi yaitu dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya dari mulut setelah masing- masing kontraksi.
- 3) Observasi sesuai pertograf seperti HIS, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan tanda-tanda vital ibu (Wiknjosastro, 2008: 57).
- 4) Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak tidur terlentang.

- 5) Beri asupan nutrisi pada ibu dan memberi ibu makan dan minum
- 6) Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa
- 7) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.
- 8) Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering.
- 9) Gunakan teknik sentuhan fisik
- 10) Berikan usapan pada punggung maupun abdomen
- 11) Lakukan pemeriksaan dalam atas indikasi

#### Kala II

- 1) Memastikan tanda dan gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka)
- 2) Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
- 3) Pakai celemek plastik
- 4) Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering. (Saifuddin, 2010: 14).

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

- 6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang bersarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
- 7) Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi dengan air DTT
- 8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit, kemudian cuci tangan.
- 10) Periksa DJJ setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk meemastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120- 160x/menit).  
R/ mendeteksi bradikardi janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi material dan penurunan perfusi plasenta yang disebabkan oleh anesthesia, atau posisi yang tidak tepat.
- 11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya. (Wiknjosastro, 2008: 87).
- 12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu

ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman). (Wiknjosastro, 2008: 84).

13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ada dorongan kuat untuk meneran (Wiknjosastro, 2008: 81).

14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit. (Hidayat, 2010: 82).

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

16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.

17) Buka partus set cek kelengkapan alat dan bahan.

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

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

20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika halitu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran.

- 21) Tunggu hingga kepala janin selesai melahirkan putaran paksi luar secara spontan.
  - 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
  - 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
  - 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dan ibu jari dan jari lainnya).
  - 25) Lakukan penilaian bayi baru lahir
  - 26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk dengan handuk atau kain yang kering, bayi diatas perut ibu.
- Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi kedua dalam uterus (janin tunggal).
- 28) Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

### Kala III

- 29) Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
- 30) Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Lakukan pemotongan tali pusat dan pengikatan tali pusat.
- 32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.
- 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati ( untuk mencegah inversio uteri).  
Jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit, hentikan penegangan tali

pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur diatas.

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

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
- c) Beri dosis ulangan oksitosin 10 IU IM
- d) Lakukan katekisasi (aseptic) jika kandung kemih penuh
- e) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
- f) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
- g) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual

37) Saat plasenta manual di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpinl kemudian dilahirkan dan ditempatkan plasenta dalam wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian

gunakan jari - jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal. Rangsangan taktil(massage uterus)

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

39) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam wadah plasenta kantong plastik atau tempat khusus.

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

Kala IV

Menilai perdarahan

Melakukan prosedur pasca salin

41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

42) Mencelepkan sarung tangan ke dalam larutan klorin dan melepasnya secara terbalik

43) Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong

- 44) Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara massage uterus dan menilai kontraksi
- 45) Mengevaluasi dan mengasumsi jumlah perdarahan yang Keluar
- 46) Memantau tanda bahaya tiap 15 menit, menghitung nadi
- 47) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernapas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal ( $36^{\circ}$  -  $37,5^{\circ}$ C).
- 48) Tempatkanlah semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas
- 49) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan clorin 0,5 %
- 53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
- 55) Memakai sarung tangan DTT
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir
- 57) Memberikan imunisasi Hib pada bayi
- 58) Melepas sarung tangan

59) Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir

60) Melengkapi partograf

#### d. Potensial Masalah

1) Nyeri menghadapi persalinan

Tujuan : mengurangi rasa nyeri saat persalinan

Kriteria : nyeri yang dialami ibu nampak berkurang

Intervensi menurut Wiknjastro(2008: 150):

- a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu
- b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu
- c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

2) Kecemasan menghadapi proses persalinan

Tujuan : kecemasan ibu berkurang terhadap proses persalinan

kriteria : ibu merasa tenang

Intervensi menurut Marmi (2009: 122):

- a) Hadirkan orang tua terdekat ibu
- b) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.
- c) Berikan usapan punggung
- d) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas
- e) Pemberian kompres panas pada punggung

## 3) Kekurangan cairan

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : Nadi 76-100x/menit

Urine jernih, produksi urin 30cc/jam

Intervensi menurut (Yeyeh, 2009: 120):

a) Anjurkan ibu untuk minum

b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter 16 / 18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

c) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir

## 4) Infeksi

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : TTV : Nadi dalam batas normal(76-100x/menit)

Suhu : 36-37,5°C

KU baik

Cairan ketuban/cairan vagina tidak

Berbau

Intervensi menurut (Saifuddin, 2011: 145):

- a) Baringkan miring ke kiri
- b) Pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam.
- c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicilin 2 gram/oral
- d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetric

5) Kram tungkai

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi menurut Varney et al (2007: 722):

- a) Luruskan tungkai ibu inpartu
- b) Atur posisi dorsofleksi
- c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

6) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

Tujuan : dapat melewati masa transisi dengan baik

Kriteria : Bayi menangis kuat

Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes No.938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan:

- a) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi
- b) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat
- c) Bounding attachment dan lakukan IMD
- d) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg
- e) Berikan salep mata

7) Retensio plasenta

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknojosastro (2008: 158)

- a) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infuse menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18 ) dan berikan RL atau NS dengan 20 UI oksitosin.
- b) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.
- c) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan pababilitas kegawatdaruratan obstetric.
- d) Dampingi ibu ke tempat rujukan
- e) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan difasilitas kesehatan rujukan.

## 8) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Varney et al (2007: 119):

a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi

b) Saat plenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso cranial pada uterus

c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta

d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

## 9) Terjadinya atonia uteri

Tujuan : atonia uteri teratasi

Kriteria : kontraksi uterus baik, keras dan bundar

Perdarahan <500cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008: 108-110):

a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) Selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang

b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksterna. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infuse dan berikan 500cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 UI oksitosin.

c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI

d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfuse darah

e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan

#### 10) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum serviks dapat teratasi

Kriteria : vagina, perineum atau serviks dapat terjahit

dengan baik. Perdarahan <500cc

Intervensi menurut Kamariyah (2014: 143):

a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul

b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(1) Pasang infuse dengan menggunakan jarum besar (ukuran

16 dan 18 ) dan berikan RL dan NS

(2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang Keluar

(3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetric

(4) Dampingi ibu ketempat rujukan

11) Sub Involusio Uteri karena kandung kemih penuh

Tujuan : Involusio uterus berjalan normal

Kriteria : TFU 2 jari dibawah pusat

Intervensi menurut Varney et al(2007: 125):

a) Lakukan pengosongan kandung kemih

b) Lakukan massage pada fundus uteri

#### 4. Pelaksanaan

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007)

## 5. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan / keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

## 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 mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan mengacu kriteria sebagai berikut :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi *follow up* dan rujukan.

### 2.2.3 konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

Asuhan kebidanan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut:

#### 1. Pengkajian

##### a. Data subyektif

##### 1) Biodata

##### a) Agama

Agama melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran.

##### b) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat menyebabkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu

adanya informasi tentang teknis laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:179)

c) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dan putus kerja karena berbagai alasan dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga mempengaruhi kelangsungan persalinan (Manuaba, 2010:235)

2) Keluhan Utama

Menurut Varney et al (2008:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut:

a) Nyeri setelah lahir 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 secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya kuat dan terus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita pasca salin mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vakularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 pasca persalinan baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusu

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum.

f) Hemoroid

Wanita yang mengalami hemoroid mungkin merasa nyeri selama beberapa hari. Pada persalinan dapat menjadi odema selama ibu mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan

## g) Retensi urin

Miksi atau berkemih harus secepatnya dapat dilakukan sendiri.

Tidak jarang wanita tidak dapat kencing sendiri akibat pada partus muskulus vesika uretra mengalami tekanan oleh kepala janin (Wiknjosastro, 2005:243).

## 3) Riwayat Kesehatan

## a) Anemia

Anemia pasca salin akan menyebabkan terjadinya subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan pasca salin, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan (Manuaba, 2010:240)

## b) Penyakit TBC

Ibu dengan tubercolosis aktif diperbolehkan untuk memberikan ASI dengan cara penggunaan masker, ruangan isolasi dan pengobatan secara rutin (Saifuddin, 2009:807)

## 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) Pengasuh penyakit jantung dalam masa nifas Manuaba (2010:337) sebagai berikut:

(1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba 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 membuat ASI

(3) Mudah terjadi infeksi pasca salin, yang memerlukan kerja tambahan jantung.

e) Ibu yang pernah mengalami hipertensi pada kehamilan dapat terus dialami hingga paska salin, (Fraser dkk, 2009:629).

f) WHO menganjurkan agar ibu dengan HIV (+) tetap menyusui bayinya mengingat manfaat ASI yang lebih besar dibandingkan dengan resiko penularan HIV (Wiknjosastro, 2005:557)

g) Ibu dengan hepatitis dapat menularkan pada anaknya yang terjadi saat lahir dan setelah lahir adalah melalui pencernaan yang menelan darah dari perlukan jalan lahir, ASI, Kontak langsung dengan secret dari Ibu (Wiknjosastro, 2005:560)

#### 4) Riwayat Kebidanan

a) Riwayat Haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum

mendapat menstruasi, dapat bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203).

b) Pada multigravida yang dikaji yaitu tentang persalinan yang lampau.sebagai gambaran koordinasi antara 5P (Power, Passage, Passanger, Psikis Ibu, dan Penolong) berjalan baik (Mochtar, 2015:58)

c) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu apakah tidak ada penyakit seperti perdarahan paska salin dan infeksi nifas, diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Data yang perlu diketahui yaitu apakah ibu menyusui secara eksklusif sampai usia anak 6 bulan. Pengeluaran lokia yang normal. Ibu dengan riwayat pengeluaran lokia purulenta, lokiastosi, infeksi uterus, rasa nyeri berlebih memerlukan pengawasan khusus. Adanya kandungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201)

d) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan haid selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenore laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2012:129)

## 5) Pola kebiasaan sehari-hari

### a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus minum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari paska salin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Saifuddin, 2012:128).

### b) Eliminasi

Segera setelah paska salin kandung kemih, odema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap dan resiko urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama paska salin, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Dieresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima paska salin (Varney, 2008:961).

c) Personal Hygiene

Data yang perlu dikaji meliputi bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2012:127)

Penggunaan pakaian agak longgar terutama didaerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu ditekan karena tidak mempengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lokia tidak memberikan iritasi pada sekitarnya (Manuaba, 2010:202)

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Ibu yang kurang istirahat akan mempengaruhi pada pengurangan jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan. Depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2012:127)

e) Aktivitas

Menurut Wiknjastro (2005:243) sesudah 8 jam ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan, untuk mencegah adanya trombosit. Pada hari kedua bila perlu telah dapat dilakukan latihan senam.

6) Latar belakang sosial budaya

Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai mana waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 128:131).

Kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur, penggunaan bebat perut dan penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama) untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk Antonia uteri. Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin dan bayi untuk menyusui.

7) Psikososial dan spiritual

Menurut Rubin dalam Anggraini (2010:80-81) membagi 3 tahap psikososial masa nifas.

a) Taking in (1-2 hari paska salin)

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya/tubuhnya sendiri. Mengulang-ulang menceritakan pengalaman proses bersalin yang dialami. Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala lelah, cepat tersinggung, campur baur dengan proses pemulihan.

b) Taking hold (2-4 hari paska salin)

Ibu khawatir akan kemampuannya dalam bertanggung jawab untuk merawat bayinya. Ibu paska salin ini berpusat pada kemampuannya dalam mengontrol dirinya, fungsi tubuh dan berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya.

Wanita pada masa ini sangat sensitif akan kemampuannya, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan atau perawat sebagai teguran, maka hati-hati dalam berkomunikasi pada masa ini dan perlu memberi support.

c) Letting go

Pada masa ini pada umumnya ibu sudah pulang dari rumah sakit (RS), ibu mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayi, begitu juga dengan grefing karena dirasakan sebagai menguarai interaksi sosial tertentu depresi paska salin sering terjadi pada masa ini.

8) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Saifuddin, 2012:128)

b. Data Obyektif

Dalam melengkapi data dalam menegakkan diagnose seorang bidan harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan (Sulistyawati, 2009:121)

- 1) Keadaan umum : baik
- 2) Kesadaran : Composmentis (Manuaba, 2010:114)
- 3) Tanda-tanda vital

a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2008:961)

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama paska salin. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin Menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi paska salin lambat (Varney, 2008:961)

c) Suhu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh Tetapi lebih dari 38°C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38°C Berturut-turut selama 2 hari yaitu ke 1 -2 paska salin, Kemungkinan terjadi infeksi (Manuaba, 2010:201)

d) Pernafasan

Napas pendek, cepat atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru ( Varney, 2008:961)

4) Pemeriksaan fisik

a) Mata

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

b) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran tiroid, tidak da pembesaran limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romasuli, 2011:174)

c) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu puting susu pecah/pendek/rata. Nyeri tekan, abses, produksi ASI berhenti dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2012:124). Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, 2008:969). Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke 3 paska salin baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 - 48 jam (Varney, 2008:974)

d) Abdomen

Pada abdomen kita harus memastikan posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2012:124) Menurut Varney (2008:1064) pemeriksaan abdomen paska salin dilakukan selama periode paska salin dini( 1 jam - 5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

(1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam pemeriksaan kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama

melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih yang penuh harus dievaluasi dalam pemeriksaan abdomen. Distensi kandung kemih dapat terlihat sebagai penonjolan pada kontur abdomen diatas simpisis pubis yang memanjang ke arah umbilicus.

- (2) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat distasis. Menurut: Varney (2008:964) penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis rekti adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen. Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Pencatatan hasil pemeriksaan sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot kontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut diastasis =  $\frac{2}{5}$  jari. Rangkaian pengukuran dapat ditulis sebagai berikut yaitu diastasis = dua jari ketika otot - otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

e) Genetalia dan Anus

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokia, pemeriksaan perineum terhadap memar, odema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi (Varney, 2008:969) Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lokia. Ditambah oleh Saifuddin (2012:125) hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid.

f) Ekstremitas

Menurut Manuaba (2010,418) normal, tidak terdapat *flegniansia alba dolens* yang merupakan salah satu bentuk infeksi perurperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa nyeri, tampak bendungan pembuluh darah dan suhu tubuh meningkat.

g) Integument

Ibu paska salin mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan (Varney, 2008: 974)

5) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan hemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat stabil dan elektrik. Hasil pemeriksaan Hb

dengan stabil dan elektrik dapat digolongkan sebagai berikut yaitu tidak anemia jika  $Hb \geq 11$  g%, anemia ringan jika  $Hb$  9-10 g% anemia sedang jika  $Hb$  7-8 g%, anemia berat jika  $Hb \leq 7$  g% (Manuaba, 2010:239)

## 2. Diagnosis

$P \geq 1$ , paska salin hari ke 1-40, jenis persalinan normal, belakang kepala, anak tunggal, laktasi lancar/belum, involusi baik/tidak, lokia normal, dengan kemungkinan masalah kurangnya perawatan diri (*Personal hygiene*) offer *pains* atau kram perut, nyeri perineum, gangguan eliminasi BAB baik prognosa baik

## 3. Perencanaan

### a. Diagnosa kondisi

Diagnosa  $P \geq 1$ , paska salin hari ke 1-40, laktasi lancar, involusi normal. Lokia normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik. Prognosa baik (Varney, 2007:974).

### 1) Tujuan

- a) Masa nifas berjalan normal, tidak terjadi masalah pada nifas.
- b) Ibu dapat merawat dirinya pada masa nifas.

### 2) Kriteria

Kriteria menurut Saifuddin (2012:N-31), sebagai berikut

- a) Keadaan umum, kesadaran komposmentis,

- b) Tanda-tanda vital dalam batas normal, yaitu tekanan darah 110/70-130/90 mmHg, nadi 60-80 x/menit, suhu 36-37,5°C Respirasi 16-24 x/menit.
- c) Laktasi lancar, kolostrum merupakan cairan yang pertama kali dieksekusi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat. ASI masa peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh. ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya serta tidak terjadi bendungan ASI (Anggraini, 2010:19-20)
- d) Involusi normal, kontraksi uterus keras dan bundar, pada plasenta lahir fundus uteri setinggi pusat pada 7 hari paska salin TFU tidak teraba pada 42 hari paska salin, fundus uteri sebesar hamil 2 minggu
- e) Lokia normal
- Lokia rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna merah dan hitam, lokia sanguinolenta keluar dari hari ke 3- 7 hari, berwarna putih bercampur merah, lokuai serosa keluar setelah hari ke 7-14 hari berwarna kekuningan, lokia alba keluar setelah hari ke 14 berwarna putih. Tidak terjadi lokiastasis dan lokia purulenta (Manuaba, 2010:201) Dapat berkemih setelah 6 jam paska salin dan defekasi setelah 3-4 hari paska salin (Saifuddin, 2009:357)

### 3) Intervensi

- a) Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu
- b) Jelaskan tentang fisiologis nifas
- c) Jelaskan komplikasi atau tanda-tanda bahaya nifas
- d) Diskusikan pada ibu tentang kebutuhan dasar ibu nifas dan pemenuhannya meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, aktivitas, istirahat, perawatan payudara, senam nifas, perawatan BBL, kehidupan seksual dan KB
- e) Beritahu ibu mengenai perawatan bayi meliputi perawatan tali pusat, ASI eksklusif(6 bulan), posyandu, tanda—tanda bayi sehat
- f) Observasi TTV, kandung kemih, kontraksi uterus, TFU , laktasi dan lokia
- g) Menurut Saifuddin (2012:123) dilakukan kunjungan masa nifas adalah sebagai berikut :
  - (1) 6-8 jam setelah persalinan
    - (a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
    - (b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
    - (c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

- (d) Pemberian ASI
- (e) Melakukan hubungan ibu dan bayi baru lahir
- (f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia
- (g) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, petugas harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil

(2) 6 hari persalinan

- (a) Memastikan involusi uterus untuk berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada pendarahan abnormal, tidak ada bau.
- (b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau pendarahan abnormal.
- (c) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- (d) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat
- (e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

(3) 2 minggu setelah persalinan

(a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada pendarahan, tidak ada bau

(b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau pendarahan abnormal.

(c) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

(d) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.

(e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

(4) 6 minggu setelah persalinan

(a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami

(b) Memberikan konseling KB secara alami.

b. Masalah

1) Kurangnya perawatan diri (personal hygiene)

a) Tujuan

- (1) Tidak terjadi infeksi
- (2) Ibu mampu melakukan perawatan diri selama nifas secara mandiri.

b) Kriteria

- (1) Pasien tampak lebih nyaman dan segar.
- (2) TTV dalam batasan normal  
TD : 100/60 – 130/90 mmHg  
S: 36-37°C  
R: 16-24x/ menit
- (3) Pengeluaran lokia normal dan lancar yaitu pengeluaran sesuai hari. Lokia rubra hari ke 1-3 berwarna merah, lokia sanginolenta hari ke 4-7 berwarna merah kecoklatan, lokia serosa hari ke 7-14 berwarna kekuningan, lokia alba hari ke 14-24 berwarna putih.
- (4) Lokia tidak keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk.
- (5) Luka jahitan sembuh dalam 7 hari.

c) Intervensi

Intervensi menurut Saifuddin (2012:217)

- (1) Berikan penjelasan tentang pentingnya perawatan diri selama nifas.
- (2) Anjurankan ibu untuk mandi 2 kali sehari.
- (3) Ajarkan pada ibu cara *vulva hygiene* yang benar.
- (4) Jika ada tanda-tanda infeksi segera datang ke petugas kesehatan .

2) *After pains* atau kram perut

a) Tujuan

Dalam 3 hari paska salin *after pains* dapat berkrang.

b) Kriteria

- (1) Tidak mengganggu aktivitas sehari-hari
- (2) Keadaan umum ibu baik
- (3) TTV dalam batas normal

ID: 100/60-10/90 mmHg.

S : 36-37°C

N: 80-100x/menit

R: 16-24x/menit

c) Intervensi

- (1) Jelaskan pada ibu penyebab kram perut

Rasional : Kram perut dikarenakan kontraksi dan relaksasi terus menerus pada uterus.

- (2) Kosongkan kandung kemih

Rasional : Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal

- (3) Ibu dapat tungkup dengan bantal dibawah perut dan jelaskan bahwa pertama kali akan dirasakan kram hebat sekitar 5 menit sebelum nyeri hilang.

Rasional : Dengan posisi tungkup dan menekan kram di bawah perut sehingga nyeri berkurang.

- (4) Berikan analgesic bila perlu (paracetamol, asam mefenamat, kodein atau asetaminofen)

Rasional : Analgesik berfungsi untuk mengurangi nyeri.

### 3) Nyeri perineum

#### a) Tujuan

Ibu tidak merasakan nyeri perineum setelah 7 hari paska salin

#### b) Kriteria

- (1) Ibu mampu merawat jahitan aserasi pada perineum sehingga tidak terjadi nyeri perineum

- (2) Pada saat BAB ibu tidak merasakan nyeri perineum

- (3) Pada saat bergerak dan berjalan tidak merasakan nyeri perineum

- (4) Proses penyembuhan luka berjalan tidak normal, menurut

Wirakusumah (2011:187)

- (a) Fase inflamasi, berlangsung 1-4 hari
- (b) Fase proliferasi, berlangsung 5-20 hari
- (c) Fase maturasi, berlangsung 21 hari sampai sebulan atau bahkan tahunan

c) Intervensi

- (1) Observasi luka jahitan
  - (2) Letakkan kantung es di daerah genital  $\pm 20$  menit dan dilakukan 2 atau 3 kali sehari
  - (3) Lakukan latihan kegel
  - (4) Berikan parasetamol/asetaminofen bila perlu untuk mengurangi nyeri
  - 4) Gangguan eliminasi BAB sehubungan dengan cemas karena terdapat luka jahitan
    - a) Tujuan
      - ★ Eliminasi terjadi secara normal dan lancar
    - b) Kriteria
      - (1) Ibu tidak takut dan merasakan sakit pada saat BAB
      - (2) Tidak mengganggu aktivitas dan istirahat
      - (3) Ibu dapat BAB pada hari ke 2-3
      - (4) Ibu BAB 1-2 kali sehari, konsistensi lunak
- c) Intervensi
- (1) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi BAB

- (2) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan memperbanyak air putih
- (3) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup
- (4) Berikan laksatif bila konstipasi parah

Setelah perencanaan, pada asuhan kebidanan selanjutnya dilakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi dan dokumentasi.

#### **2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir**

Asuhan kebidanan mengikuti langkah-langkah manajemen kebidanan

Adalah sebagai berikut :

##### 1) Pengkajian Data

###### a. Data Subjektif

###### 1) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2010:205). Pada saat identifikasi bayi harus tercantum nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin dan nama lengkap ibu (Saifuddin, 2009:136)

###### 2) Riwayat Antenatal

Pemeriksaan antenatal dilakukan setiap 4 minggu sampai kehamilan 28 minggu. Selanjutnya pemeriksaan dilakukan setiap 2 minggu

sampai usia 36 minggu dan sesudah 36 minggu setiap minggu (Wiknjosastro, 2005:156). Menurut Saifuddin(2012:100) kehamilan cukup bulan ialah usia 37-40 minggu. Untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum dianjurkan untuk diberikan toxoid tetanus pada ibu hamil (Wiknjosastro, 2005:162)

### 3) Riwayat Natal

Usia kehamilan aterm (37-40 minggu) Kala I berlangsung 12 jam pada primigravida kemudian pada multigravida berlangsung 8 jam (Manuaba, 2010:37) Kala II para primigravida berlangsung 2 jam sedangkan pada multi 1 jam (Mochtar, 2015,72). Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, gerak aktif dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) dengan umur kehamilan 37-42 minggu, mempunyai APGAR skor 8-10 (Manuaba, 2010: 249). Setelah bayi lahir dilakukan IMD dengan kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 1 jam (Wiknjosastro, 2014:126)

### 4) Riwayat Paska Natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis. Tanda vital medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012:368). Meninjau kecacatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain

menghisap , kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney et al, 2007:917). Untuk mencegah infeksi mata dapat diberikan salep mata Tetrasiklin 1% dalam waktu 1 jam setelah kelahiran (Wiknojosastro, 2014: 105) untuk mencegah perdarahan bayi baru Lahir harus diberikan vitamin K injeksi 1 mg intramuskuler di paha Kiri sesegera mungkin. Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi setelah lahir menggunakan uniject(Wiknojosastro, 2014:106)

#### 5) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

##### a) Nutrisi

Untuk peningkatan kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada

Tabel 2.6

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

Hari Kelahiran	Cairan/kg/hari	Kalori/kg/hari
Hari ke 1	60 ml	40 kal
Hari ke 2	70 ml	50 kal
Hari ke 3	80 ml	60 kal

Hari ke 4	90 ml	70 kal
Hari ke 5	100 ml	80 kal
Hari ke 6	110 ml	90 kal
Hari ke 7	120 ml	100 kal
Hari ke > 10	150-200 ml	>120 kal

Sumber : Saifuddin, A. B., 2012. Buku PanduanPraktis Pelayanan

Kesehatan

Maternal dan Neonatal, Jakarta, halaman 380

Menurut Walsh (2012:375) bayi menyusu setiap 1-8 jam.

Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari 3-7 setelah kelahiran

b) Eliminasi

Pengeluaran mekonium awalnya tampak hitam gelap atau hijau

Namun secara bertahap menjadi lebih terang warnanya sampai

Kekuningan. Bayi yang menyusu ASI bervariasi defekasinya

dalam sehari dari berkali-kali sampai tidak defekasi selama

beberapa hari. BAK bayi normalnya mengalami berkemih 8-10

kali per hari (Walsh, 2012:378)

c) Istirahat & Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari paling sering blok waktu 45

menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit

perhari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2012:378)

d) Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu (Walsh, 2012:377). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih, cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009:370)

e) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelahiran yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2012:137)

f) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009:369).

b. Data Obyektif

Setelah dibahas data subyektif, untuk melengkapi data dalam menegakkan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan

secara berurutan. Data-data yang perlu untuk dikaji adalah sebagai berikut:

1) Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot naik, menangis keras, minum baik (Wiknjosastro, 2005:256).

2) Tanda-tanda Vital

a) Suhu

Suhu tubuh paling kurang diukur satu kali sehari, bila suhu rectal dibawah  $36^{\circ}\text{C}$ , bayi ini harus diletakkan di tempat yang lebih panas. Di samping pemanasan harus pula dipikirkan kemungkinan bayi menderita infeksi. Suhu rectal diukur setiap 30 menit sampai suhu diatas  $36^{\circ}\text{C}$  (Wiknjosasto, 2005:256). Bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan heenis thermometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rectal dan aksila tetap dalam rentang  $26.5-37.5^{\circ}\text{C}$  (Varney, 2008:882)

b) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit pertama  $\pm 80$  kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit (Wiknjosastro, 2005:255). Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak Hampir bersamaan tanpa adanya retraksi. Gerak pernafasan 30- 50 kali per menit (Saifuddin, 2012:138)

c) Nadi

Bunyi jantung pada menit-menit pertama kira-kira 180 kali/menit yang kemudian turun sampai 120-140 kali/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2005:255)

d) Antropometri

(1) Berat Badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2014:138). Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Pemantauan berat badan lebih dari 5% dari berat badan lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2012:138) Berat badan dapat berkurang 10% selama beberapa hari pertama kehidupan tetapi harus meningkat kembali dalam minggu setelah kelahiran. Selanjutnya peningkat bervariasi secara individual, tetapi rata-rata 160 g/minggu adalah normal selama bulan pertama (Walsh, 2012:368)

(2) Panjang Badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dengan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian

dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Varney et al, 2008:921). Panjang bayi rata-rata 50 cm dengan kisaran normal 48-52 cm. Pertambahan panjang yaitu 2 cm perbulan pada 6 bulan pertama.

e) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Bentuk simetris, sutura menutup, caput succedaneum tidak ada, sephal hematoma tidak ada, tidak ada kraniotabes, tidak edema, tidak ada benjolan, tidak cekung maupun cembung (Wiknjastro, 2005:251) Caput suksedanium adalah suatu pembengkakan kulit kepala karena tekanan pada saat kelahiran dan dapat melintas garis sutura. Sefalhematoma adalah ekstrasvasasi darah diantara periosteum dan tengkorak. Sefalhematoma dapat meningkat selama hari pertama setelah kelahiran dan kemudian

2) Mata

Tidak terdapat edema pada kelopak mata. Jarak antara kedua mata yang normal adalah 3 cm (Fraser et al, 2009:714). Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleksi merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal

### 3) Hidung

Kaji bentuk dan lebar lubang, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. periksa adanya pernapasan cuping hidung. Jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernapasan (Marmi, 2012:57)

### 4) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna. Kelainan yang dapat dijumpai yaitu labio skisis, labio palate skisis, labio palate genato skisis (Saifuddin, 2012:137)

### 5) Telinga

Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2012:N-33). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser et al, 2009:709)

### 6) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe serta vena jugularis (Fraser et al, 2009:709)

### 7) Dada

Gerakan dada simetris saat bernapas 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 bernapas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris(Marmi, 2012:58)

#### 8) Punggung

Tidak ada benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna, tidak ada spina bifida(Saifuddin, 2012:137)

#### 9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis ( Saifuddin, 2012:N 33-N 34). Abdomen tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernapas. Laji adanya pembengkakan. Jika perut cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau duetus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2011:58-59)

#### 10) Genetalia

Pada laki-laki testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012: N-34). Pada perempuan labia

mayora menutupi labia minora (Saifuddin, 2012: N-34) pada bayi premature ada laki-laki testis belum turun dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, sedangkan perempuan vagina dan uretra berlubang (Saifuddin, 2012: N-34).

#### 11) Anus

Tidak atresia ani (Marmi, 2012:59)

#### 12) Ekstremitas

##### a. Atas

Kedua lengan sama panjang, kedua lengan harus bebas bergerak, jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili dan sindaktili (Rukiyah, 2010:57)

##### b. Bawah

Simetris, tidak ada pas Varus dan pas valgus (Walsh, 2012:37-372)

#### 13) Kulit

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (Cutis Marmorata), telapak tangan, telapak kaki, atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak- bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (Mongolian

Spot) akan menghilang pada umur 1-2 tahun (Saifuddin, 2012:137)

f) Pemeriksaan Neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indicator integritas sistem saraf. Baik respon yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, 2008:923)

Refleks yang dikaji yaitu:

(1) Refleks morro/kaget

Didapat dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriakan kencang atau gerakan yang mendadak. Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45 derajat, dalam keadaan rileks kepala dijatuhkan 10 derajat, normalnya akan terjaddi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan (Dewi, 2010:25)

(2) Refleks rooting/mencari

Cara mengukurnya dengan gores sudut mulut bayi garis tengah bibir. Pada kondisi normal bayi memutar kearah pipi yang digores, reflex ini menghilangkan usia 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai usia 12 bulan khususnya menunjukkan adanya gangguan neurologis berat (Varney, 2008:923)

(3) Refleks sucking/mnghisap

Dilihat pada bayi menyusu (Dewi, 2010:25)

(4) Refleks neck/menoleh

Cara mengukurnya dengan memutar kepala dengan cepat ke satu sisi. Pada kondisi normal bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan, normalnya refleks ini tidak terjadi setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada usia 2 bulan dan menghilang pada usia 6 bulan. Kondisi patologis bila respon terjadi setiap kali diputar, jika menetap adanya kerusakan serrebral mayor (Varney, 2008:923)

(5) Refleks grapping/menggenggam

Bayi akan menggenggam kuat saat pemeriksa meletakkan jari telunjuk pada telapak tangan yang ditekan kuat (Dewi, 2010:26)

(6) Refleks neck righting/gerakan leher dan bahu

Pada posisi telentang, ekstremitasi di sisi tubuh dimana kepala menoleh mengalami ekstensi, sedangkan di sisi tubuh lainnya fleksi. Tonus otot dapat dilihat pada respons bayi terhadap gerakan pasif (Fraser & Cooper, 2009:722)

(7) Refleks galans/gerakan punggung

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak kearah samping bila distimulasi dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya reflek menunjukkan lesi medulaspinalis transversal (Varney, 2008:923)

(8) Refleksi ekstruksi/menjulurkan lidah

Cara mengukur dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi ini normal lidah ekstensi kearah luar bila disentuh, dijumpai pada usia 4 bulan. Kondisi patologis bila ekstensi lidah persisten adanya sindrom Doen(Verney, 2008:923)

(9) Refleksi stopping/melangkah

Menurut (Fraser, 2009:722) jika disangga pada posisi tegak dengan kakinya. Menyentuh permukaan datar, bayi seperti mencoba berjalan. Jika digendong dengan tibia menyentuh ujung meja, bayi akan mencoba menaiki meja tersebut refleksi perubahan ekstremitas(Varney, 2008:923)

(10) Refleksi babinzki(jari kaki

Cara mengukur dengan gores telapak kaki sepanjang tepi luar. Dimulai dari tumit. Pada kondisi normal jari kaki mengembang dan ibu jari kari dorso fleksi, dijumpa sampai usia 2 tahun. Kondisi patologis bila perkembangan jari kaki dorso fleksi

setelah 2 tahun, adanya tanda lesi ekstrapiramidal (Varney, 2008:923)

## 2) Diagnosa kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterus fisiologis, *seborrhea*, miliarisis, muntah dan gumoh, *oral trush*, *diaper rash* (Marmi, 2012:207-229). Potensi terjadi infeksi sehubungan dengan perawatan yang kurang bersih pada tali pusat (Wiknjosastro, 2005:250) prognosa baik.

## 3) Perencanaan

### a. Diagnosa kondisi

Neonates usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Prognosa baik.

#### 1) Tujuan

Setelah diberikan asuhan bayi baru lahir tidak terjadi komplikasi

#### 2) Criteria

Criteria menurut Varney (2008:897) sebagai berikut:

- a) Bayi tidak mengalami gangguan napas (respirasi 40- 80x/menit, nadi 120-140x/menit)
- b) Suhu bayi normal (36.5-37.5°C), seluruh tubuh hangat, tidak sianosis
- c) Bayi dapat menyusu kuat dan lancar
- d) Bayi banyak tidur dan tidak rewel

- e) Bayi defekasi 1-4 kali setiap hari, warna hijau cemas, lunak
- f) Bayi berkemih 5 kali atau lebih setiap hari
- g) BB bayi tidak lebih dari 10% dari berat badan lahir dalam 10 hari pertama setelah lahir
- h) Tali pusat menjadi warna hitam dan keras, setiap pus atau darah yang keluar dari punting tali pusat adalah abnormal
- i) Kulit bayi tidak ikterus atau berwarna kuning dan dibagian putih mata.

### 3) Intervensi

Intervensi menurut Wiknjosastro(2014:126) sebagai berikut:

- a) Jaga Kesehatan
- b) Observasi TTV
- c) Tetap berikan ASI setiap 2-3 jam.
- d) Jelaskan tanda bahaya bayi

★ Rasional : Ibu mengetahui tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir dapat deteksi secara dini adanya komplikasi sehingga dapat segera ditangani.

- e) Diskusikan dengan ibu mengenai perawatan bayi meliputi ASI Eksklusif (6 bulan), perawatan tali pusat, memandikan dan posyandu.
- f) Anjuran ibu untuk kunjungan ulang 6-8 jam, 6 hari, 2 minggu dan 6 minggu paska salin atau sewaktu-waktu jika ada keluhan.

b. Potensial Masalah

1) Masalah Hipoglikemi

Tujuan Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

- a) Kadar gula dalam darah  $\geq 45$  mg/dl.
- b) Tidak ada tanda-tanda Hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi :

- 1) Kajian bayi baru lahir dan cacat setiap factor resiko.
- 2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.
- 3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda Hipoglikemi
- 4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang beresiko Hipoglikemi
- 5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

2) Masalah II :Hipotermi

Tujuan : tidak terjadi Hipotermi

Kriteria :

- a) Suhu bayi 36,5-37,5°C
- b) Tidak ada tanda-tanda Hipotermi, seperti bayi tidak menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2012:373)

Intervensi :

- 1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode Pemeriksaan per aksila
  - 2) Kaji tanda-tanda hipotermi
  - 3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok bayi yang basah
- 3) Masalah II : Ikterus
- Tujuan : Tidak terjadi ikterus fisiologis
- Kriteria :
- a) Kadar bilirubin serum  $\leq 12,9$  mg/dl
  - b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuningan pada kulit, mukosa dan urin.

Intervensi :

- 1) Mengkaji tanda dan gejala klinis iterik
- 2) Mengkaji faktor-faktor resiko
- 3) Berikan ASI segera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.
- 4) Jemur bayi di matahari pagai jam 7-9 selama 10 menit.

4) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : tidak terjadi seborrhea

Kriteria :

- a) Tidak timbul ruang tebal berkeropeng berwarna kuning dikulit kepala
- b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi menurut Marmi (2012 : 221-223)

- a) Cuci kulit kepala bayi menggunakan sampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu
- b) Oleskan krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi sebagai pembasmi ketombe.
- c) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.
- d) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk

5) Masalah V : Miliaris

Tujuan : Miliaris teratasi

Kriteria :

- a) Bayi tidak rewel dan tidak menangis terus
- b) Tidak terdapat glembung-glembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229):

- (1) Memandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.
  - (2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering atau waslap basah.
  - (3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.
  - (4) Kenakan pakaian katun pada bayi
  - (5) Periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka lecet , rewel dan sulit tidur
- 6) Masalah VI : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria :

- a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
- b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi ( 2012:207-208):

- (1) Sendawakan bayi selesai menyusui

(2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel dan menangis

7) Masalah VII : Oral trush

Tujuan : Oral trush tidak terjadi

Kriteria :

a) Mulut bayi tampak bersih.

Intervensi menurut Marmi(2012:211):

(1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

(2) Bila bayi minum menggunakan susu formula cuci air bersih dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih

(3) Bila bayi menyusui ibunya bersihkan puting atau sebelum menyusui

8) Masalah VIII : Diaper rash

Tujuan : Tidak terjadi diaper rash

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada bokong bayi

Intervensi menurut Marmi (2012:215)

(1) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali

(2) Perhatikan daya tampung diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru

- (3) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.
  - (4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan
  - (5) Hindari penggunaan bedak pada saat mengganti popok bayi untuk menghindari resiko iritasi
- 9) Masalah IX : potensial terjadi sehubungan dengan perawatan yang kurang bersih pada tali pusat.

Tujuan : infeksi dapat dicegah setelah dilakukan pemotongan pengikat dan perawatan tali pusat.

Kriteria :

- a) Tali pusat bersih
- b) Tidak ada pus (nanah)
- c) Tidak berbau busuk
- d) Tidak bengkak dan merah
- e) Suhu normal ( $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ )

Intervensi :

- (1) Pertahankan kebersihan pada saat memotong tali pusat Ikat tali pusat dengan simpul mati
- (2) Bungkus tali pusat dengan kasa steril yang kering
- (3) Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat tali pusat dengan teknik yang tepat

- (4) Lakukan pengamatan pada tali pusat terhadap adanya perdarahan / pencemas tali pusat oleh kencing atau defekasi Rasional :  
Deteksi dini infeksi tali pusat
- (5) Ajarkan pada ibu perawatan tali pusat yang benar
- (6) Beri informasi kepada keluarga tentang adanya tanda infeksi yaitu berbau busuk, ada pus, bengkak kemerahan suhu meningkat

Setelah perencanaan, pada asuhan kebidanan selanjutnya dilakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi dan dokumentasi.

### 2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Asuhan kebidanan mengikuti langkah – langkah manajemen kebidanan adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian data
  - a. Data subyektif
    - 1) Biodata
      - a) Umur

Wanita dan laki – laki usia 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20 – 35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifudin, 2012:U-9)

b) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkannya itu kontrasepsi mantap, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit), AKDR (Manuaba, 2012:292)

2) Keluhan utama / alasan pemakaian

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut (Saifudin, 2010:U-9) adalah ibu usia 20- 35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan usia 35 tahun tidak ingin hamil lagi

3) Riwayat kesehatan

a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung stroke (Saifudin, 2010:MK-43-51)

b) Menurut (Saifudin, 2012:MK-55) kontrasepsi implant dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah 180/100 mmHg dengan masalah pembekuan darah atau anemia sabit

c) Penyakit stroke, penyakit jantung coroner, kanker payudara tidak diperbolehkan memakai kontrasepsi pil progestin

#### 4) Riwayat kebidanan

##### a) Haid

Pada ibu paska salin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL. Ketika ibu mulai mendapatkan haidnya lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain disamping MAL, perdarahan sebelum 58 hari paska persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid) (Saifudin, 2010:MK-4). Penggunaan KB hormonal progestin diperbolehkan pada ibu dengan riwayat haid teratur dan tidak ada perdarahan abnormal dar uterus (Hartanto, 2015: 169). Bagi ibu dengan riwayat dismenorrhea berat, jumlah darah haid yang banyak, haid ireguler atau perdarahan bercak (spotting) tidak dianjurkan menggunakan IUD (Hartanto, 2015 : 209)

##### b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Bila mini-pil dadal dan terjadi kehamilan, maka kehamilan tersebut jauh lebih besar kemungkinannya sebagai kehamilan ektopik, ini serupa dengan IUD, maka ibu tidak diperkenankan menggunakan pil KB pil progestin, dan IUD (Hartanto, 2015: 159). Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan

KB AKDR (Saifudin. 2010 U-53). Apabila pada persalinan terjadi perdarahan banyak hingga Hb 7 gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi (Saifudin. 2010 U: 53)

c) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor, paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dai masing – masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:168). Pasien yang mengalami problem ekspulsi AKDR, ketidakmampuan mengetahui tanda – tanda bahaya dari AKDR, ketidakmampuan memeriksa ekor AKDR sendiri merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015:209)

5) Pola Kebiasaan

a) Nutrisi

Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) merangsang pusat kendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan aseptor lebih banyak makan dari biasanya (Hartanto, 2015:171)

b) Eliminasi

Dilatasi uterus oleh pengaruhprogesteron, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015: 124)

c) Istirahat/tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala (Saifudin, 2015: U-35)

d) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifudin, 2012: MK-42)

e) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti meyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko dengan terjadinya miokardinfark, stroke, dan keadaan tromboembolik. (Hartanto, 2015:123). Ibu yang menggunakan obat Tuberkolosis (rifampisin) atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturate) tidak boleh menggunakan pil progesteron (Saifudin, 2012:MK-55)

b. Data obyektif

Obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan. Data – data yang perlu dibagi adalah sebagai berikut :

1) Pemeriksaan umum

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah 180/100 mmHg (saifudin, 2012: MK-43)

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah sebagian besar pengguna (Fraser *et al*, 2009: 657)

2) Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Pada peserta kontrasepsi hormonal umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1-5 kg dalam tahun pertama. Penyebab bertambahnya berat badan belum jelas, mungkin terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2015: 171)

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan alat kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifudin, 2012: U-30)

### 3) Pemeriksaan fisik

#### a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut / bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifudin, 2012: MK-50). Timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin (Saifudin, 2012: MK-50)

#### b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk memakai pil progestin (Saifudin, 2012: MK-52). Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebral pucat mengalami anemia yang memungkinkan perdarahan hebat (Saifudin, 2012: MK-75)

#### c) Payudara

Seperti kontrasepsi suntukan tidak menambah resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progestin termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015:164). Keterbatasan dalam penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifudin, 2012: MK-49 MK-55) terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifudin, 2012: MK-55)

d) Abdomen

Tidak ada tanda – tanda kehamilan (tidak ada hiperpigmentasi linea alba dan tidak ada striae dan tidak ada pembesaran uterus, tidak ada benjolan pada adneksa) untuk penggunaan KB hormonal (suntik, pil, dan implant) tidak ada nyeri tekan, klien tidak menderita KET, kanker endometrium/IPD (Hartanto, 2015: 172)

e) Genitalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenorrhea (Hartanto, 2015:170). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan perdarahan hebat pada waktu haid (Saifudin, 2012: MK-75)

f) Ekstermitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR (Saifudin, 2012: MK-77)

2. Diagnosa kebidanan

$P \geq 1$ , umur anak terkecil berapa hari, calon peserta KB MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik terjadi kehamilan (Affandi, 2012:MK-97)

### 3. Perencanaan

- a. Diagnosa : P<sub>APIAH</sub> usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan :

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, carakerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.
- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.
- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.
- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.
- 7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

b. Masalah I : *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Dyah dkk (2011) :

- 1) Pastikan hamil atau tidak, bila toidak hamil perlu tidakaan khusus.
- 2) Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik.
- 3) Bila hamil, hentikan pil dan kehamilan dilanjutkan.
- 4) Jangan memberikan obat-obat hormonal untuk menimbulkan haid.

Kalaupun diberikan tidak aka nada gunaknya.

- 5) Bila klien tetap saja tidak menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode konstrasepsi lain.

c. Masalah II : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

- 1) Kaji keluhan pusing pasien
- 2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara
- 3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

d. Masalah III : kenaikan berat badan

Tujuan : berat badan normal

Kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

Intervensi menurut Dyah dkk (2011) antara lain:

- 1) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar.
- 2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan
- 3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga
- 4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

e. Masalah IV : Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak atau *spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010:47) adalah:

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah
- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

f. Masalah V : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya.

Intervensi menurut Dyah (2010):

- 1) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada penggunaan AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama.
- 2) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan.

- 3) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal antiinflamatori (NSAID), seperti ibuprofein) selama 5-7 hari.
- 4) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR.

#### 4. Implementasi.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007:6).

#### 5. 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.

#### 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

mengenai keadaan/ kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

