

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar/Teori**

##### **2.1.1 Kehamilan**

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

1. Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi ( implantasi ) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).
2. Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawirohardjo, 2014).
3. Merupakan hasil pembuahan sel telur dari perempuan dan sperma dari laki-laki, sel telur akan bisa hidup selama maksimal 48 jam, spermatozoa sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang

bergerak memungkinkan untuk dapat menembus sel telur (konsepsi), sel-sel benih ini akan dapat bertahan kemampuan fertilisasinya selama 2-4 hari, proses selanjutnya akan terjadi nidasi (Sunarti, 2013).

## B. Proses Kehamilan

Menurut Saifuddin (2014) untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi.

### 1. Spermatozoa

Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc, dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai tuba falopii. Spermatozoa yang masuk ke dalam alat genitalia wanita dapat hidup selama tiga hari, sehingga cukup waktu untuk mengadakan konsepsi (Manuaba, 2010).

### 2. Ovum

Ovum ini mempunyai diameter  $100 \mu$  (0,1 mm), ditengah-tengahnya dijumpai nukleus yang berada dalam metafase pada pembelahan pematangan kedua, terapung-apung dalam sitoplasma yang kekuning-kuningan yakni vitelus. Ovum dilingkari oleh zona pelusida. Diluar zona pelusida ini ditemukan sel-sel korona radiata (Saifuddin, 2010). Tiap bulan satu folikel akan keluar, kadang-

kadang dua folikel, yang dalam perkembangannya akan menjadi folikel de Graaf (Saifuddin, 2014).

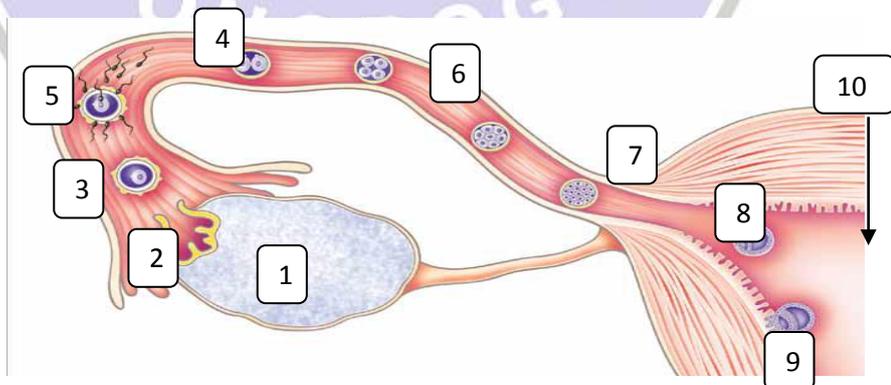
Selama pertumbuhan menjadi folikel de graaf, ovarium mengeluarkan hormon esterogen yang mempengaruhi gerak tuba makin mendekati ovarium. Dengan pengaruh LH yang semakin besar dan fluktuasi yang mendadak, terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi (Manuaba, 2012).

### 3. Konsepsi

Jutaan spermatozoa ditumpahkan di forniks vagina dan di sekitar porsio pada waktu coitus. Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitasi) untuk membuahi. Pada spermatozoa ditemukan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum oleh karena diduga dapat melepaskan hialuronidase. Konsepsi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati korona radiata (lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Saifuddin, 2014).

#### 4. Nidasi

Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Bersamaan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum dan disebut stadium morula. Pembelahan berjalan terus dan di dalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, blastula dengan vili korealisnya yang dilapisi sel trofoblas telah siap untuk mengadakan nidasi. Sel trofoblas yang meliputi “primer vili korealis” melakukan destruksi enzimatik-proteolitik, sehingga dapat menanamkan diri dalam endometrium. Proses penanaman blastula yang disebut nidasi atau implantasi terjadi pada hari ke-6 sampai ke-7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula ke dalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda *Hartman* (Manuaba, 2012).



Gambar 2.1

Proses terjadinya kehamilan Sumber : Departement of Health. 2009

Keterangan gambar :

- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1 : Ovarium        | 6 : Tuba faloppi  |
| 2 : Morula         | 7 : Morulla       |
| 3 : Blastula       | 8 : Blastula      |
| 4 : Proses ovulasi | 9 : Proses Nidasi |
| 5 : Ovum           | 10 : Uterus       |

#### 5. Pembentukan Plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasentasi terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca dimulai pembentukan vili korealis. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta (Saifuddin, 2014). Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah, mulai konsepsi, sehingga sejak saat itu embrio mendapat tambahan nutrisi dari darah ibu secara langsung. Selanjutnya vili korealis menghancurkan pembuluh darah arteri sehingga terjadilah aliran darah pertama reptroplasenter pada hari ke-14 sampai hari ke-15 setelah konsepsi. Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15-20 kotiledon maternal. Pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus (Manuaba, 2012).

#### 6. Pertumbuhan dan perkembangan janin

Pertumbuhan hasil konsepsi menurut Romauli (2011) ada 2 yaitu perkembangan embrio dan perkembangan janin:

a) Perkembangan embrio

1) Perkembangan awal embrio

Segera setelah fertilisasi, zigot yang dihasilkan mulai mengalami pembelahan sel mitosis, yang disebut pembelahan atau *cleavage*. Melalui serangkaian tahapan masa sel yang membelah disebut morula. Setelah mengalami reorganisasi sel dan cairan yang masuk ke dalam sel, morula menjadi blastosit. Blastosit inilah yang tertahan pada lapisan uterus. Saat proses implantasi berakhir pada hari ke-10 atau ke-11 setelah fertilisasi, periode embrionik telah dimulai.

2) Perkembangan embrio lebih lanjut

Pada 14 hari pertama, blastula diberi makan oleh sitoplasmanya sendiri. Pembuluh darah primitif untuk embrio mulai berkembang pada mesoderm. Pada hari ke 14-28, pembuluh darah embrio berhubungan dengan pembuluh darah pada vili korion plasenta primitif. Sirkulasi embrio/maternal dengan demikian telah terbentuk dan darah dapat beredar. Perkembangan yang terjadi pada embrio adalah kepala embrio dapat dibedakan dari badannya, tunas-tunas tungkai dan lengan telah nampak, terjadi sikap fleksi yang terjadi secara perlahan, sistem utama didalam tubuh telah ada dalam bentuk rudimenter, jantung menonjol dari

tubuh dan mulai berdenyut. Hari ke 28-42. Panjang embrio kira-kira 12 mm pada akhirnya minggu ke enam. Perkembangan yang terjadi adalah dengan mulai memanjang dan tangan mendapatkan bentuknya, timbul mata dan telinga rudimenter, telinga tampak, tetapi terletak lebih rendah, gerakan pertama dapat dideteksi dengan ultrasound mulai dari minggu ke-6. Minggu ke-8. Menandai akhir dari masa embrio.

b) Perkembangan janin



Gambar 2.2

Perkembangan Janin dari 8-40 Minggu

Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 12 November 2018)

Perkembangan janin menurut Romauli (2011) yaitu:

1) Minggu ke 8-10

Perkembangan janin:

- (a) Kepala mempunyai ukuran kira-kira sama dengan tubuh.
- (b) Leher lebih panjang sehingga dagu tidak menyentuh tubuh.

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

2) Minggu ke 12

Perkembangan janin:

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

3) Minggu ke 12-16

Perkembangan janin:

- (a) Panjang badan kira-kira 16 cm pada akhir.
- (b) Minggu ke-16 dengan berat 100 gram.
- (c) Kulit sangat tembus pandang/transparan sehingga vasa darah dapat terlihat

- (d) Deposit (timbunan) lemak subkutan terjadi menjelang minggu ke-16.
- (e) Rambut mulai tumbuh pada kepala dan lanugo (bulu halus).
- (f) Tungkai lebih panjang daripada lengan.

4) Minggu ke 16-20

Perkembangan janin:

- (a) Kecepatan pertumbuhan mulai berkurang.
- (b) Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh panjang badan.
- (c) Gambaran wajah telah nyata, dengan telinga yang terletak pada tempatnya yang normal.
- (d) Kelopak mata, alis mata dan kuku telah tumbuh dengan sempurna.
- (e) Tungkai mempunyai proporsi relatif yang baik terhadap tubuh.
- (f) Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar-x (walaupun sinar-x tidak digunakan untuk keperluan diagnosis).
- (g) Kelenjar minyak telah aktif dan vernix caseosa (zat seperti salep) akan melapisi tubuh fetus/janin.
- (h) Gerakan fetus dapat dirasakan oleh ibu setelah kehamilan minggu ke-18.

- (i) Jantung fetus dapat didengar dengan stetoskop setelah minggu ke-20.
- (j) Traktus renalis mulai berfungsi, dan sebanyak 7-17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.

5) Minggu ke 20-24

Perkembangan janin:

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

6) Minggu ke 24-28

Perkembangan janin:

- (a) Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik.

- (b) Rambut menutupi kepala.
- (c) Lebih banyak deposit lemak subkutan yang menyebabkan kerutan kulir berkurang.
- (d) Testis mengalami penurunan dari abdomen ke dalam skrotum pada minggu ke-28.
- (e) Fetus lahir pada akhir masa ini mempunyai angka kematian atau mortalitas yang tinggi karena gangguan pernapasan atau respirasi.

7) Minggu ke 28-32

Perkembangan janin:

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

8) Minggu 32-36

Perkembangan janin:

- (a) Di sekitar cavitas pelvic. Lanugo sebagian besar telah terlepas/rontok tetapi kulit masih tertutup oleh vernix caseosa.
- (b) Testis fetus laki-laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke-36
- (c) Ovarium perempuan masih berada
- (d) Kuku jari tangan dan kaki mencapai ujung jari.

(e) Umbilicus sekarang terletak lebih dipusat abdomen.

9) Minggu 36-40

Perkembangan janin:

(a) Penulangan/osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir.

(b) Gerakan pernapasan fetus dapat diidentifikasi pada pemindaian ultrasound. Terdapat cukup jaringan lemak subkutan, dan berat badan hampir 1 kg pada minggu tersebut.

Pada minggu pertama hasil konsepsi mengalami pembelahan dari 2 sel menjadi 4 sel, 8 sel, 16 sel (morula), kemudian sampai tahap blastula. Minggu kedua merupakan lanjutan perkembangan dari minggu pertama. Otak merupakan bagian dari *Central Neural System* (CNS) yang mulai terbentuk semenjak usia 3 minggu dalam tahap neurulasi. Meskipun CNS mulai terbentuk setelah 3 minggu, otak sendiri dibentuk mulai minggu ke-9 dan berfungsi setelah minggu ke-16. Minggu ke-3 sampai minggu ke 16 merupakan proses organogenesis, dimana pada minggu-minggu ini seluruh organ tubuh janin termasuk genetalia eksterna mulai terbentuk. Gambar diatas

menunjukkan bahwa CNS berfungsi sempurna pada minggu ke-20 sampai minggu ke-38. Pembentukan hati dimulai dari minggu ke-3 sampai minggu ke-6, dan berfungsi setelah minggu ke-6. Dapat kita lihat pada minggu ke-4 sampai minggu ke-6 juga terbentuk anggota gerak bagian atas, dimana berfungsi setelah minggu ke-7. Sedangkan mata terbentuk mulai minggu ke-4 sampai minggu ke-8, mata janin akan terus berfungsi setelah minggu ke-8 sampai aterm. Anggota gerak bagian bawah mulai minggu ke-4 sampai minggu ke-7, berfungsi setelah minggu ke-7. Akhir minggu ke-6, merupakan proses pembentukan palatum pada janin dan akan berfungsi setelah minggu ke-8. Pertengahan minggu ke-tujuh genitalia eksterna janin mulai terbentuk, dapat berfungsi pada akhir minggu ke-9 sampai aterm, sedangkan proses pembentukan telinga terjadi pada minggu ke-4 kehamilan dan mulai berfungsi pada pertengahan minggu ke-9.

Uraian tentang pertumbuhan fungsi organ janin di atas dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1  
Perkembangan Fungsi Organ Janin

Usia gestasi (minggu)	Organ
6	Pembentukan hidung, dagu, palatum dan tonjolan paru. Jari-jari telah berbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh.
7	Mata tampak pada muka. Pembentukan alis dan lidah.
8	Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genitalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk.
9	Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin, kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu.
13-16	Janin berukuran 15 cm. Ini merupakan awal dari trimester ke-2. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekonium (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150 x/menit.
17-24	Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari. Seluruh tubuh diliputi oleh verniks keseosa (lemak). Janin mempunyai refleks.
25-28	Saat itu disebut permulaan trimester ke-3, di mana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir.
29-32	Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70 %). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan nafas

	telah reguler, suhu relatif stabil.
33-36	Berat janin 1500-2500 gram. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan.
38-40	Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, di mana bayi akan memiliki seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal.

Sumber : Saifuddin, 2009

### C. Tanda-tanda gejala kehamilan

#### 1. Tanda-tanda kehamilan

a) Gerakan janin yang dapat dilihat/diraba, juga bagian-bagian janin

b) Denyut jantung janin

1. Didengar dengan stetoskop monoral laennce
2. Dicatat dan didengar alat doppler
3. Dicatat dengan foto elektro kardiografi
4. Dilihat pada ultrasonografi (USG)

c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto roentgen

#### 2. Tanda-tanda presumtive (tidak pasti kehamilan)

a) Amenorrhea (tidak dapat haid)

Mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HT), menentukan taksiran tanggal persalinan (TTP) menurut rumus naegel  $TTP=HT+7$ , bulan  $HT-3$  dan tahun  $+1$

b) Mual dan muntah

Biasanya terjadi pada bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama, sering terjadi di pagi hari sehingga disebut morning sickness, bila mual muntah berlebihan/terlalu sering disebut hyperemesis gravidarum

c) Mengidam

Sering meminta makanan maupun minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama

d) Tidak tahan suatu bau-bauan

e) Pingsan

f) Tidak ada selera makan (anoreksia) terutama pada triwulan pertama

g) Lelah (fatigue)

h) Payudara membesar, tegang dan sedikit nyeri karena pengaruh estrogen dan progesteron

i) Miksi sering karena kandung kemih tertekan oleh rahim

j) Konstipasi karena tonus-tonus otot menurun oleh pengaruh hormone steroid

k) Pigmentasi kulit karena pengaruh hormon kortikosteroid plasenta chloasma gravidarum, aerola mammae yang melebar dan menghitam, leher ada hiperpigmentasi dan dinding perut (linea nigra/gricea)

l) Epilis : hipertropi dari papil gusi

m) Pemekaran vena (varises) pad kaki, betis dan vulva  
biasanya pada triwlan akhir

3. Tanda-tanda kemungkinan hamil

a) Perut membesar

b) Uterus membesar terjadi perubahan dalam bentuk besar dan konsistensi dari rahim

c) Tanda hegar

Ditemukan pada kehamilan 6-12 minggu, yaitu adanya uterus segmen bawah rahim yang lebih lunak dari bagian lain

d) Tanda chadwick

Adanya perubahan warna pada serviks dan vagina menjadi kebiru-biruan

e) Tanda piscaseck

Adanya tempat kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak disebelah atas, dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris

f) Kontraksi-kontraksi kecil pada uterus bila dirangsang (braxton hick)

g) Teraba ballotement

h) Reaksi kehamilan positif

(Suharti dan Visi Prima T.P, 2018)

#### D. Diagnosa kehamilan

Menurut (Saifudin, 2009), diagnosa dibuat untuk menentukan hal-hal sebagai berikut :

Tabel 2.2  
Diagnosa kehamilan

No.	Kategori	Gambaran
1.	Kehamilan normal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu sehat</li> <li>2. Tidak ada riwayat obstetri buruk</li> <li>3. Ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan</li> <li>4. Pemeriksaan fisik dan labolatorium normal</li> </ol>
2.	Kehamilan dengan masalah khusus	Seperti masalah keluarga atau priko-sosial kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial dan lain-lain.
3.	Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsuktasi dan atau kerjasama penangnannya	Seperti hipertensi, anemia berat, preeklamsi, pertumbuhan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin dan kondisi lain-lain yang dapat memburuk selama kehamilan.
4.	Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	Seperti perdarahan, eklamsi, ketuban pecah dini, atau kondisi-kondisi kegawatdaruratan lain pada ibu dan bayi

Sumber : (Saifudin, 2009)

Menurut (Marjani, 2011) diagnosis banding nulipara dan multipara dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.3  
Diagnosis Banding Nulipara dan Multipara

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

Sumber : (Marjani, 2011)

## E. Menentukan Usia Kehamilan

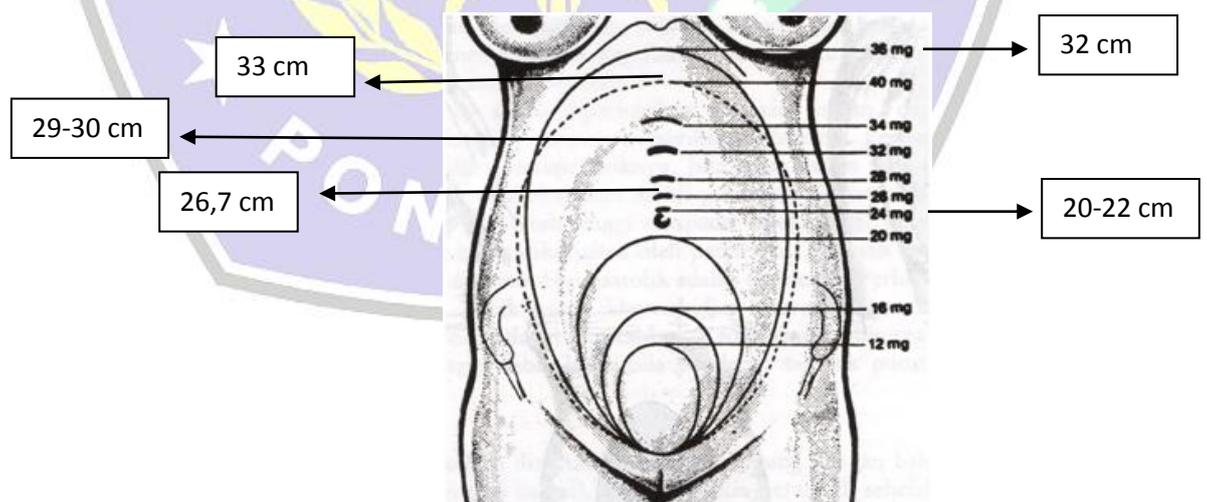
### 1. Tinggi Fundus Uteri

Menentukan usia kehamilan dengan Tinggi Fundus Uteri dilakukan dengan palpasi fundus.

Tabel 2.4  
Tinggi Fundus Uteri

Umur Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	1/3 diatas simpisis
16 minggu	1/2 simpisis pusat
20 minggu	2/3 diatas simpisis
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 diatas pusat
34 minggu	1/2pusat-prosessus xipioideus
36 minggu	Setinggi prosessus xipioideus
40 minggu	2 jari di bawah prosessus xipioideus

Sumber: (Sulistyawati,A. 2009)



Gambar 2.3

Pemeriksaan Fundus Uteri untuk Menentukan Usia Kehamilan  
Sumber: Wiknjonsastro,H. 2009

## 2. Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin merupakan pemantauan terhadap pertumbuhan janin apakah normal atau tidak.

Tabel 2.5  
Tafsiran Berat Janin Sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Panjang Janin	Berat Badan Janin
20 minggu	16-18,5 cm	300 gram
24 minggu	23 cm	600 gram
28 minggu	27 cm	1100 gram
30- 31 minggu	31 cm	1800-2100 gram
36-40 minggu	35-40 cm	2900 – 3500 gram

Sumber: ( Bobak.2008)

## 3. Leopold

Teknik Pemeriksaan pada perut ibu untuk menentukan posisi dan letak janin. Palpasi leopold terdiri dari:

- a) Leopold I : bertujuan untuk mengetahui letak fundus uteri dan bagian apa yang terletak pada fundus tersebut.
- b) Leopold II : Untuk menentukan letak punggung dan bagian terkecil janin.
- c) Leopold III : Untuk menentukan presentasi janin sudah masuk pintu atas panggul apa belum.
- d) Leopold IV : Untuk menentukan sejauh mana kepala masuk dalam pintu atas panggul. ( Kusmiyati.2010)

## F. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan

### 1. Uterus

Uterus yang semula besarnya hanya sebesar jempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot dalam rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba, 2010).

### 2. Ovarium

Dengan adanya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Manuaba, 2010).

### 3. Vagina dan Perineum

Perubahan yang terjadi pada vagina selama kehamilan antara lain terjadinya peningkatan vaskularitas dan hiperemia (tekanan darah meningkat) pada kulit dan otot perineum, vulva, pelunakan pada jaringan ikat, munculnya tanda chadwick yaitu warna kebiruan pada daerah vulva dan vagina yang disebabkan hiperemia, serta adanya keputihan karena sekresi serviks yang meningkat akibat stimulasi estrogen (Aprillia, 2010).

#### 4. Payudara

Menurut (Djusar Sulin 2009), pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudara menjadi semakin lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena – vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar sebacea dari areola akan membesar dan cenderung menonjol keluar.

#### 5. Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodelusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis (Manuaba, 2010).

#### 6. Sistem Respirasi

Kapasitas paru secara total menurun 4-5% dengan adanya elevasi diafragma. Fungsi respirasi juga mengalami perubahan. Respirasi rate 50% mengalami peningkatan, 40% pada tidal volume dan peningkatan konsumsi oksigen 15–20% diatas kebutuhan perempuan tidak hamil (Aprillia, 2010).

## 7. Sistem pencernaan

Menurut (Djumar Sulin 2009), seiring dengan makin membesarnya uterus, lambung, dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus. Mual terjadi akibat penurunan asam hidrokloroid dan penurunan motilitas, serta konstipasi akibat penurunan motilitas usus besar.

Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul. Hemorroid juga merupakan suatu hal yang sering terjadi akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

## 8. Sistem perkemihan

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah (Manuaba, 2010).

## 9. Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, areola mammae,

papilla mammae, linea nigra, pipi (khloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan meng-hilang (Manuaba, 2010).

#### 10. Metabolisme

Menurut Manuaba (2010) perubahan metabolisme pada kehamilan:

- a) Metabolisme basal naik sebesar 15-20% dari semula, terutama pada trimester ketiga.
- b) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemo-dilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- c) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan, dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi sekitar 0,5 g/kg berat badan atau sebutir telur ayam sehari.
- d) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- e) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil:
  - 1) Kalsium, 1,5 gram setiap hari, 30-40 gram untuk pembentukan tulang janin.
  - 2) Fosfor, rata – rata 2 gram dalam sehari.
  - 3) Zat besi, 800 mg atau 30-50 mg per hari.
  - 4) Air, ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

- f) Berat badan ibu hamil bertambah. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5-16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg/ minggu.

#### G. Hormon-hormon kehamilan

Menurut (Walyani, 2015) ada beberapa hormon yang mempengaruhi kehamilan, yaitu :

##### 1. Estrogen

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

##### 2. Progesteron

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

##### 3. *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)*

Puncak sekresinya terjadi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi.

Fungsinya untuk mempertahankan korpus luteum

##### 4. *Human Placenta Lactogen (HPL)*

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

##### 5. *Pituitary Gonadotropin*

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

#### 6. Prolaktin

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

#### 7. *Growth Hormon (STH)*

Produksinya sangat rendah karena ditekan oleh HPL

#### 8. Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat estrogen, progesteron dan HPL

#### H. Perubahan psikologi ibu hamil

Menurut (Pantikawati 2010) perubahan psikologis pada wanita hamil menurut trimester kehamilan adalah:

##### 1. Trimester I

Trimester pertama ini sering dirujuk pada masa penentuan membuat fakta bahwa wanita itu hamil. Kebanyakan wanita bingung tentang kehamilannya. Kebingungan itu secara normal akan berakhir spontan ketika ibu hamil tersebut menerima kehamilannya. Wanita hamil juga memiliki perubahan keinginan seksual. Dalam trimester I ini, adalah waktu penurunan libido. Libido dipengaruhi oleh kelelahan, mual, depresi, sakit dan pembesaran payudara, kekhawatiran, kekecewaan, dan keprihatinan yang semua merupakan bagian yang normal pada TM I.

## 2. Trimester II

Selama TM II ini wanita umumnya merasa baik dan terbebas dari ketidaknyamanan kehamilan. TM II dibagi menjadi fase prequickening dan postquickening. Quickening (pergerakan janin) sebagai fakta kehidupan, menambah daya dorong psikologi wanita. Kebanyakan wanita merasa lebih erotis selama TM II, hampir 80% wanita hamil mengalami peningkatan dalam hubungan seks.

## 3. Trimester III

Trimester III sering disebut sebagai periode penantian. Menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, wanita hamil tidak sabar untuk segera melihat bayinya. TM III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua seperti terpusatnya perhatian pada kelahiran bayi.

### I. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

#### 1. Kebutuhan Fisik

##### a) Oksigen

Kebutuhan oksigenasi wanita hamil meningkat kira-kira 20% sehingga untuk memenuhi kebutuhannya itu, wanita hamil selalu bernafas lebih dalam dan bagian bawahnya toraksnya juga melebar.

Pada kehamilan 32 minggu atau lebih, usus-usus tertekan oleh uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma

sulit bergerak . Akibatnya, tidak jarang wanita hamil mengeluh sesak nafas dan pendek nafas (Kusmiyati, 2014)..

b) Nutrisi

1) Kalori

Kebutuhan kalori untuk orang tidak hamil adalah 2000 Kkal, sedang untuk ibu hamil dan menyusui masing-masing adalah 2300 dan 2800 kkal. Kalori dipergunakan untuk produksi energi. Bila kurang energi akan diambil dari pembakaran protein yang mestinya dipakai untuk pertumbuhan.

2) Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilkkk. Bila wanita tidak hamil, konsumsi protein yang perihbdqGperubideal adalah 0,9 gram/kgBB/hari tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari (Kusmiyati, 2014).

3) Mineral

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

dibutuhkan 60-100mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu (Siwi,walyani. 2015).

#### 4) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin, pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada janin (Kusmiyati, 2014).

#### c) Personal Hygiene

Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang banyak mengandung kuman-kuman. (Siwi,walyani. 2015).

#### d) Eliminasi

##### 1) BAK

(a) Trimester I : frekuensi BAK meningkat karena kandung kencing tertekan oleh pembesaran uterus.

(b) Trimester II : frekuensi BAK normal kembali karena uterus telah keluar dari rongga panggul

Trimester III : frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (Siwi,walyani. 2015) .

##### 2) BAB

Defekasi menjadi tidak teratur karena :

(a) Pengaruh relaksasi otot polos oleh estrogen

(b) Tekanan uterus yang membesar

Pada kehamilan lanjut karena pengaruh tekanan kepala yang telah masuk panggul (Siwi,walyani. 2015).

e) Istirahat

Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganja dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri. (Kuswanti, 2014).

f) Hubungan seksual

Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila :

a) Terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri/panas,

b) Terjadi perdarahan saat hubungan seksual,

c) Terjadinya pengeluaran air yang mendadak,

d) Hentikan hubungan seksual pada mereka yang sering mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya, mengalami kematian kandungan sekitar 2 minggu menjelang persalinan (Manuaba, 2010).

g) Olahraga ringan

Berguna untuk mempersiapkan tubuh bagi persiapan persalinan yakni meliputi teknik penapasan dan relaksasi selama proses persalinan berlangsung. Anjurkan untuk jalan-jalan pada pagi hari

untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Manuaba, 2010).

h) Perawatan payudara

Puting harus dibersihkan untuk persiapan menyusui serta melakukan perawatan payudara untuk memperlancar ASI (Manuaba, 2010).

2. Kebutuhan Psikologis

a) Support Keluarga

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Manuaba, 2010).

b) Support Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan harus mampu mengenali tantang keadaan yang ada disekitar ibu hamil atau pasca bersalin (Sulistyawati, Ari. 2009).

J. Standart asuhan kehamilan

Menurut (Sulistyawati, Ari. 2009) adapun standart asuhan kehamilan yaitu :

1. Kunjungan kehamilan

a) Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4x selama kehamilan :

- (1) 1x pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu)
- (2) 1x pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu)
- (3) 2x pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu)

b) Pelayanan standart miniman 7T, yaitu :

- 1) Timbangan berat badan
- 2) Ukur Tekanan darah
- 3) Ukur Tinggi fundus uteri
- 4) Pemberian imnisasi Tetanus toxoid TT lengkap
- 5) Pemberian Tablet zat besi, minimal 90 tablet selama kehamilan
- 6) Lakukan Tes penyakit menular
- 7) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

K. Masalah pada masa kehamilan

Tabel 2.6  
Masalah pada Trimester I

NO.	Masalah	Cara mengatasi
1.	Mual dan muntah	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan pengaturan pola makan.</li> <li>b. Menghindari stres.</li> <li>c. Meminum air jahe.</li> <li>d. Menghindari meminum kopi/kafein, tembakau dan alkohol.</li> <li>e. Mengonsumsi vitamin B6 1,5mg/hari.</li> </ol>
2.	Hipersaliva	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menyikat gigi.</li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Berkumur.</li> <li>c. Menghisap permen yang mengandung mint.</li> </ul>
3.	Pusing	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Istirahat dan tidur serta menghilangkan stres.</li> <li>b. Mengurangi aktivitas dan menghemat energi.</li> <li>c. Kolaborasi dengan dokter kandungan</li> </ul>
4.	Mudah lelah	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan pemeriksaan kadar zat besi.</li> <li>b. Menganjurkan ibu untuk beristirahat siang hari.</li> <li>c. Menganjurkan ibu untuk minum lebih banyak.</li> <li>d. Menganjurkan ibu untuk olahraga ringan.</li> <li>e. Mengonsumsi makanan seimbang</li> </ul>
5.	Peningkatan frekuensi kemih	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Latihan kegel.</li> <li>b. Menyarankan ibu untuk buang air kecil secara teratur.</li> <li>c. Menghindari penggunaan pakaian ketat</li> </ul>
6.	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Konsumsi makanan berserat.</li> <li>b. Terapi farmakologi berupa laxatif oleh dokter kandungan.</li> </ul>
7.	Heartburn	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menghindari makan tengah malam.</li> <li>b. Menghindari makan porsi besar.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Memposisikan kepala lebih tinggi pada saat terlentang.</li> <li>d. Mengunyah permen karet.</li> <li>e. Tidak mengonsumsi alkohol maupun rokok.</li> </ul>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber : (Irianti, Bayu, dkk. 2013)

Table 2.7  
Masalah pada Trimester II

NO.	Masalah	Cara mengatasi
1.	Pusing	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cukup istirahat.</li> <li>b. Menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi duduk.</li> <li>c. Hindari berdiri dalam waktu lama.</li> <li>d. Jangan lewatkan waktu makan.</li> <li>e. Berbaring miring kiri.</li> </ul>
2.	Sering berkemih	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menyarankan ibu untuk banyak minum disiang hari dan mengurangi minum di malam hari.</li> <li>b. Menyarankan ibu untuk buang air kecil secara teratur.</li> <li>c. Menghindari penggunaan pakaian ketat</li> </ul>
3.	Nyeri perut bawah	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menghindari berdiri secara tiba-tiba dari posisi jongkok.</li> <li>b. Mengajarkan ibu posisi tubuh yang baik.</li> </ul>

4.	Nyeri punggung	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memberitahu ibu untuk menjaga posisi tubuhnya.</li> <li>b. Menganjurkan ibu untuk melakukan evcercise selama hamil.</li> <li>c. Menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas serta menambah istirahat</li> </ul>
5.	Flek kecoklatan pada wajah dan Sikatrik	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan ibu untuk menggunakan lotion.</li> <li>b. Menganjurkan ibu untuk menggunakan bra yang berukuran lebih besar.</li> <li>c. Anjurkan ibu untuk diet seimbang.</li> <li>d. Anjurkan ibu untuk menggunakan pelembab kulit.</li> </ul>
6.	Sekret vagina berlebih	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengganti celana dalam bila basah atau lembab.</li> <li>b. Memelihara kebersihan alat reproduksinya</li> </ul>
7.	Konstipasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengonsumsi makanan yang berserat.</li> <li>b. Memenuhi kebutuhan hidrasinya.</li> <li>c. Melakukan olahraga ringan secara rutin.</li> </ul>
8.	Penambahan berat badan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan contoh makanan yang baik dikonsumsi.</li> <li>b. Menghitung jumlah asupan</li> </ul>

		kalori
9.	Pergerakan janin	<p>a. Mengajarkan ibu cara untuk merasakan gerakan janin, misalnya dengan menyiapkan</p> <p>b. 2 wadah kosong dan manik-manik, kemudian anjurkan ibu untuk memindahkan manik-manik tersebut kedalam wadah lainnya selama 2 jam dan merasakan gerakan janinnya.</p>
10.	Perubahan psikologis	<p>a. Memberikan ketenangan pada ibu dengan memberikan informasi yang dibutuhkan ibu.</p> <p>b. Memberikan motivasi dan dukungan pada ibu.</p> <p>c. Melibatkan orang terdekat dan/atau keluarga pada setiap asuhan.</p>

Sumber : (Irianti, Bayu, dkk. 2013)

Tabel 2.8  
Masalah pada Trimester III

NO.	Masalah	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil	<p>a. Ibu hamil disarankan untuk tidak minum saat 2-3 jam sebelum tidur.</p> <p>b. Kosongkan kandung kencing sesaat sebelum tidur.</p> <p>c. Agar kebutuhan air pada ibu hamil tetap terpenuhi, sebaiknya minum lebih banyak pada siang</p>

		hari.
2.	Pegal-pegal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sempatkan untuk berolahraga atau beraktivitas ringan.</li> <li>b. Senam hamil.</li> <li>c. Mengonsumsi susu dan makanan yang kaya kalsium.</li> <li>d. Jangan berdiri/duduk/bergerak terlalu lama.</li> <li>e. Anjurkan istirahat tiap 30 menit</li> </ul>
3.	Hemoroid	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hindari konstipasi</li> <li>b. Makan makanan yang berserat dan banyak minum.</li> <li>c. Gunakan kompres es atau air hangat.</li> <li>d. Bila mungkin gunakan jari untuk memasukan kembali hemoroid kedalam anus dengan pelan-pelan.</li> <li>e. Bersihkan anus dengan hati-hati sesudah defekasi.</li> <li>f. Usahakan BAB dengan teratur.</li> <li>g. Ajarkan ibu tidur dengan posisi knee chest 15 menit/hari.</li> <li>h. Senam kegel untuk menguatkan perineum dan mencegah hemoroid.</li> <li>i. Konsul ke dokter sebelum menggunakan obat hemoroid.</li> </ul>
4.	Kram nyeri pada kaki	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lemaskan bagian tubuh yang kram dengan cara mengurut.</li> <li>b. Pada saat bangunn tidur, jari kaki</li> </ul>

		<p>ditegakkan sejajar tumit untuk mencegah kram mendadak.</p> <p>c. Meningkatkan asupan kalsium.</p> <p>d. Meningkatkan asupan air putih.</p> <p>e. Melakukan senam ringan.</p> <p>f. Istirahat cukup.</p>
5.	Gangguan pernafasan	<p>a. Latihan nafas melalui senam hamil.</p> <p>b. Tidur dengan bantal yang tinggi.</p> <p>c. Makan tidak terlalu banyak.</p> <p>d. Konsultasi ke dokter bila ada kelainan asma dan lain-lain.</p>
6.	Oedema	<p>a. Meningkatkan periode istirahat dan berbaring pada posisi miring kiri.</p> <p>b. Meninggikan kaki bila duduk.</p> <p>c. Meningkatkan asupan protein.</p> <p>d. Menganjurkan untuk minum 6-8 gelas cairan sehari untuk membantu diuresis natural.</p> <p>e. Menganjurkan ibu untuk cukup berolahraga.</p>
7.	Perubahan libido	<p>1. Informasikan pada pasangan bahwa masalah ini normal dan disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen dan/atau kondisi psikologis.</p> <p>2. Menjelaskan pada ibu dan suami untuk mengurangi frekuensi hubungan seksual selama masa</p>

		<p>kritis.</p> <p>3. Menjelaskan pada keluarga perlu pendekatan dengan memberikan kasih sayang pada ibu</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber : (Hutahaean. Serri, 2013)

#### L. Tanda-Tanda Bahaya Pada Ibu Hamil

Ada 7 tanda bahaya kehamilan :

##### 1. Perdarahan pervaginam

Pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah warnanya merah, banyak, dan kadang-kadang, tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Macam-macam perdarahan pada kehamilan lanjut :

##### a) Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas sebelum janin keluar biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.

##### b) Plasenta previa

Plasenta previa merupakan keadaan dimana plasenta berimplantasi pada segmen bawah rahim dan menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri uternum (Astuti, 2012).

##### 2. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang hebat adalah gejala dari preeklamsia yang disebabkan vasospasme atau oedema otak. Penanganannya yaitu

Istirahat, rileksasi, pantau tekanan darah, proteinuria, refleks, analgetik jika perlu (Astuti,2012).

### 3. Penglihatan kabur

Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misal pandangan kabur dan ada bayang-bayang. Perubahan penglihatan mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan preeklamsi. Penanganannya yaitu pemeriksaan retina berulang, konsumsi makanan mengandung vitamin A, dan istirahat (Astuti,2012).

### 4. Bengkak di wajah dan jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka, tangan, kaki, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain (Asrinah, 2010).

### 5. Keluar cairan pervaginam

Dapat disebut Ketuban pecah sebelum waktunya yang pecah sebelum ada pembukaan pada servik. Untuk primigravida kurang dari 3 cm dan pada multigravida kurang dari 5 cm. harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban, jika keluaranya cairan tidak terasa, berbau amis, dan warna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Penilaian dapat menggunakan USG, amniosentesis, penggunaan kertas lakmus. Pengaruh pada kehamilan dan persalinan adalah prematuritas, gawat janin,

infeksi intrauterin dan persalinan patologis. Penanganannya yaitu dengan antibiotik, observasi keluar cairan (Astuti, 2012).

#### 6. Gerakan janin tidak terasa

Gerakan janin mulai dirasakan oleh ibu pada kehamilan trimester II sekitar minggu ke 20 atau minggu ke 24. Total gerakan janin pada trimester III mencapai 20 kali perhari. Keadaan berbahaya yang bisa mengancam keselamatan janin dalam kandungan yaitu bila gerakannya kurang dari tiga kali dalam periode 3 jam. Hal ini bisa merupakan pertanda adanya gawat janin. Penilaian yaitu pastikan ke ibu kapan mulai tidak dirasakan, raba gerakan janin, dengarkan DJJ, USG (Astuti, 2012).

#### 7. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang terjadi pada kehamilan tua biasanya karena adanya regangan otot ligamen yang mendukung rahim dan hal ini hampir dialami semua ibu hamil. Nyeri abdomen yang tidak normal sama sekali tidak berhubungan dengan persalinan. Nyeri abdomen yang menunjukkan masalah ditandai dengan nyeri perut yang hebat. Dapat terjadi berupa kekejangan atau nyeri tajam dan menusuk. Gejala ini merupakan gejala dari preeklamsi yang sewaktu-waktu dapat menjadi eklamsi dan dapat membahayakan keselamatan ibu dan bayinya.

Kondisi lain yang bisa menyebabkan nyeri abdomen adalah nyeri yang disebabkan oleh kehamilan ektopik, appendiksitis, aborsi,

penyakit kantung empedu, radang pelvic, persalinan pre-term, iritasi uterus, infeksi saluran kemih dan infeksi lainnya (Saryono 2010).



## 2.1.2 Persalinan

### A. Pengertian

1. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, Ari Dan Esti Nugraheny, 2010).
2. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri, dewi H dan Cristine C.P, 2012).
3. Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat (Siwi, Elisabeth dan Endang Purwoastuti, 2016).

## B. Jenis Persalinan

### 1. Menurut cara persalinan :

Bentuk-bentuk persalinan menurut (Sulistiyawati, 2010 ) adalah :

- a) Persalinan spontan adalah persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b) Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forseps atau dilakukan SC.
- c) Persalinan Anjuran adalah persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

### 2. Menurut lama kehamilan dan berat janin :

#### a) Abortus

Pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, berat janin < 500 gram dan umur kehamilan < 20 minggu.

#### b) Persalinan imaturus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu sampai 28 minggu atau dengan bayi dengan berat badan antara 500-999 gram

#### c) Persalinan prematuritas

1) Persalinan sebelum umur hamil 28 minggu sampai 36 minggu

2) Berat janin kurang dari 1000-2499 gram

d) Persalinan aterm

1) Persalinan antara umur hamil 37 minggu sampai 42 minggu

2) Berat janin di atas 2500 gram

e) Serotinus atau postmaturitas atau post date

Persalinan melampaui umur kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda-tanda post maturities.

f) Persalinan presipitatus

Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam (Siwi, 2016).

### C. Teori penyebab mulainya persalinan

#### 1. Teori penurunan hormon

Saat 1-2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron sebagai penenang otot-otot rahim,, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his.

#### 2. Teori plasenta menjadi tua

Seiring matangnya usia kehamilan, villi chorialis dalam plasenta mengalami beberapa perubahan. Hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan

tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

### 3. Teori distensi rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang dini.

### 4. Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion (fleksus frankenhauser), bila ganglion ini digeser dan ditekan (kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

### 5. Teori oksitosin

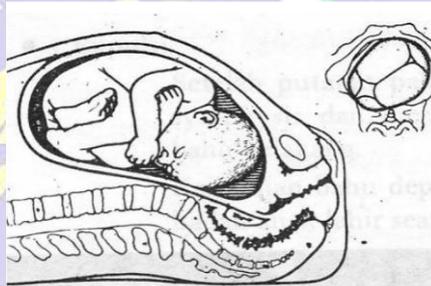
- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim. Sehingga, sering terjadi kontraksi Braxton hicks.
- c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

#### D. Mekanisme persalinan

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan menurut (Sukarni, Icesmi K, 2013) :

##### 1. Engagement

Pada minggu – minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparetal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5cm) atau 70% pada panggul ginekoid.



Gambar 2.4  
Engagement

Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 10 April 2019)

Masuknya kepala :

- a) Pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan
- b) Pada multi terjadi pada permulaan persalinan

Kepala masuk pintu atas panggul dengan sumbu kepala janin dapat tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinkliismus) atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul (asinklitismus anterior/posterior)

Masuknya kepala ke dalam PAP → dengan fleksi ringa, sutura sagitalis/SS melintang

Bila SS di tengah-tengah jalan lahir : synklitismus

Bila SS tidak di tengah-tengah jalan lahir : asynklitismus

Asynklitismus posterior : SS mendekati simfisis

Asynklitismus anterior : SS mendekati promontorium

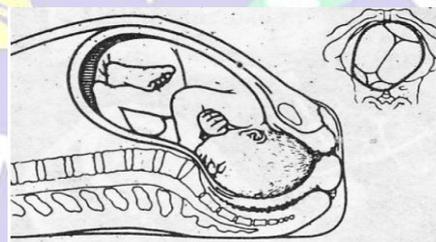
## 2. Flexion (fleksi)

Pada umumnya terjadi flexi penuh/semipurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul → membantu penurunan kepala selanjutnya.

Fleksi : kepala janin felksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) dari diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).

Dengan majunya kepala → fleksi bertambah → ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (diameter suboksipito-bregmatika menggantikan suboksipito frontalis).

Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaiknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul



Gambar 2.5

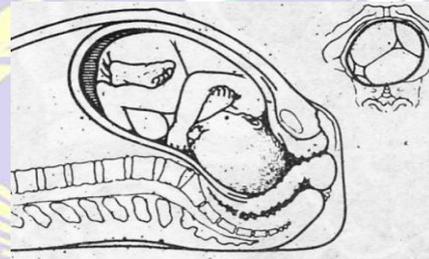
Fleksi

Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 10 April 2019)

### 3. Descent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat.

Kepala turun ke rongga panggul, akibat tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi esktnensi dan menegang.



Gambar 2.6  
Descent

Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 10 April 2019)

### 4. Internal rotation (putar paksi dalam)

Rotasi internal (putar paksi dalam) : selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati disansia interpinarum dengan diameter biparietalis.

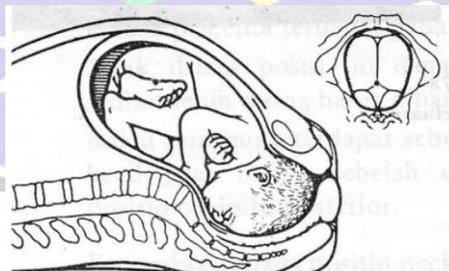
Perpuataran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau kearah posterio (jarang) disebabkan :

- a) Ada his tenaga/gaya pemutar
- b) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan

Bila tidak terjadi putar paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi.

Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah mmutar ke depan ke bawah simfisis

- 1) Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir
- 2) Terjadi dengan sendirinya, selalu bersama dengan majunya kepala
- 3) Tidak terjadi sebelum sampai hodge III
- 4) Sebab-sebab putaran paksi :
  - (a) Pada letak fleksi → bagian belakang kepala merupakan bagian terendah
  - (b) Bagian terendah mencari tahanan sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis)
  - (c) Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul → diameter anteroposterior



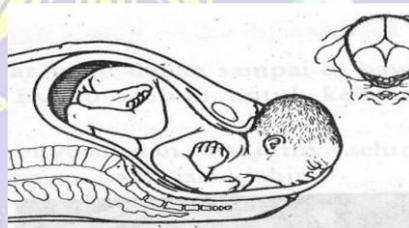
Gambar 2.7  
Putar Paksi Dalam

Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 10 April 2019)

### 5. Extension (ekstensi)

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

- a) Defleksi dari kepala
- b) Pada kepala bekerja 2 kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas  
→ resultantenya kekuatan ke depan atas
- c) Pusat pemutaran : *hipomoklin*
- d) Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior. Lahir berturut-turut : oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut dagu.



Gambar 2.8  
Extension

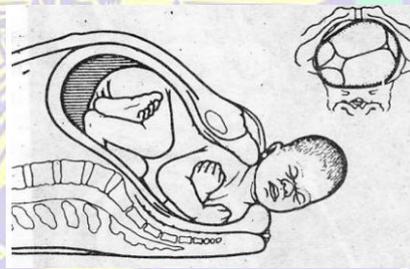
Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 10 April 2019)

### 6. External rotation (putar paksi luar)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang

dilahirkan terlebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong, dan seluruh tungkai.

- a) Setelah kepala lahir → memutar kembali ke arah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher (putaran restitusi)
- b) Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sepihak → putaran paksi luar sebenarnya
- c) Putaran paksi luar ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP
- d) Setelah putaran paksi luar → bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang
- e) Bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak



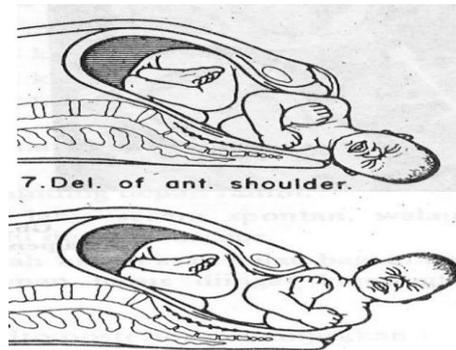
Gambar 2.9

Putar Paksi Luar

Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 10 April 2019)

## 7. Expulsion

Setelah putaran paksi luar → bahu depan di bawah simfisis menjadi hipomoklion kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan anak : badan (toraks, abdomen) dan lengan, pingul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki.



Gambar 2.10  
Expulsion

Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 10 April 2019)

#### E. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut (walyani, E.S. 2016) faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu :

##### 1. Passage (jalan lahir)

###### a) Jalan lahir dibagi atas :

- 1) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)
- 2) Bagian lunak : otot-otot, jaringan-jaringan, ligamen-ligament

###### b) Ukuran-ukuran panggul

###### (a) Alat pengukur ukuran panggul :

- (1) Pita meter
- (2) Jangka panjang : martin, oseander, collin, dan baudelokue

###### (3) Pelvimetri klinis dengan pemeriksaan dalam

###### (4) Pelvimetri rengenologis

###### (b) Ukuran-ukuran panggul :

(1) Distansia spinarium : jarak antara kedua spina iliaka anterior superior 24-26 cm

(2) Distansia kristarium : jarak antara kedua krista iliaka kanan dan kiri 28-30 cm

(3) Konjugata eksterna : 18-20 cm

(4) Lingkaran panggul : 80-100 cm

(5) Conjugate diagonalis : 12,5 cm

(6) Distansia tuberum : 10,5 cm

(c) Ukuran dalam panggul

(1) Pintu atas panggul merupakan suatu bidang yang dibentuk oleh promontorim, linea innuminata dan pinggir atas simfisis pubis

(2) Konjugata vera : dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis : 10,5-11 cm

(3) Konjugata tranversa : 12-13 cm

(4) Konjugata oblingua : 13 cm

(5) Konjugata obstetrika adalah jarak bagian tengah simfisis ke promontorium

(6) Ruang tengah panggu :

(7) Bidang terluar ukurannya 13 x 112,5 cm

(8) Bidang tersempit ukurannya 11,5 x 11 cm

(9) Jarak antara spina isciadika 11 cm

(10) Pintu bawah panggul (outlet) :

- (11) Ukuran anterior-posterior 10-12 cm
- (12) Ukuran melintang 10,5 cm
- (13) Arcus pubis membentuk sudut 90 derajat lebih,  
pada laki-laki kurang dari 80 derajat

## 2. Power (his dan mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament.

### a) His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang di mulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.

### b) Mengejan

Proses mengejan ibu yang dilakukan dengan benar, baik dari segi kekuatan maupun keteraturan. Ibu harus mengejan dengan kuat seirama dengan instruksi yang diberikan.

## 3. Passenger

- a) Janin merupakan passenger utama dan dapat mempengaruhi jalannya persalinan karena posisinya
- b) Plasenta merupakan salah satu organ yang merupakan jalur penghubung antara ibu dan janin

- c) Air ketuban merupakan cairan yang mengisi ruangan yang dilapisi selaput janin amnion dan korion

(Sondakh, Jenny J.S, 2013)

#### F. Tahap Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mendedan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala uri, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan post partum (Rohani, dkk, 2011).

##### 1. Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.
  - 1) Periode akselerasi : berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
  - 2) Periode dilatasi maksimal : berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
  - 3) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan jadi 10 cm atau lengkap.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/ jam.

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, ostium uteri internum akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, kemudian ostium internum

sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam waktu yang sama.

## 2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam.

### a) Tanda dan gejala kala II :

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit.
- 2) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 3) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vagina.
- 4) Perineum terlihat menonjol.
- 5) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- 6) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah

### b) Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan :

- 1) Pembukaan serviks telah lengkap.
- 2) Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina.

### 3. Kala III (Kala Pengeluaran Plasenta)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir.

#### a) Perubahan psikologis kala III :

- 1) Ibu ingin melihat, menyentuh, dan memeluk bayinya.
- 2) Merasa gembira, lega, dan bangga akan dirinya; juga merasa sangat lelah.
- 3) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vagina perlu dijahit.
- 4) Menaruh perhatian terhadap plasenta

### 4. Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah proses tersebut. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV :

- a) Tingkat kesadaran.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan.

#### c) Kontraksi uterus.

d) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

#### 1) Asuhan dan pemantauan pada kala IV :

- (a) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
- (b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri.
- (c) Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- (d) Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomi).
- (e) Evaluasi kondisi ibu secara umum.
- (f) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

#### G. Tanda-Tanda Persalinan

##### 1. Tanda – tanda permulaan persalinan

Menurut Manuaba (2010), dengan penurunan hormon progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi.

Kontraksi otot rahim menyebabkan:

- a) Turunya kepala, masuk ke PAP (Lightening).
- b) Perut lebih melebar karena fundus uteri turun.
- c) Munculnya nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim. Terjadi perlunakan serviks karena terdapat kontraksi otot rahim.

d) Terjadi pengeluaran lendir.

#### H. Partograf

Digunakan untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Saifudin, 2009). Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan mempertahankan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010).

1. Denyut jantung janin (DJJ) dicatat setiap 30 menit
2. Air ketuban dicatat setiap melakukan pemeriksaan vagina
  - a) U : ketuban utuh (belum pecah)
  - b) J : ketuban sudah pecah, air ketuban jernih
  - c) M : air ketuban bercampur mekonium
  - d) D : air ketuban bercampur darah
  - e) K : tidak ada air ketuban/kering
3. Perubahan bentuk kepala janin (molding dan molase)
  - a) 0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpasi.
  - b) 1 : tulang – tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
  - c) 2 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih, tapi masih dapat di pisahkan.

- d) 3 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan
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) di atas simpisi pubis, dicatat dengan tanda lingkaran (O)
  6. Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien di terima
  7. Jam, dicatat jam sesungguhnya
  8. Kontraksi, dicatat 30 menit, melakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap kontraksi dalam hitungan detik
  9. Oksitosin, apabila memakai oksitosin catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan permenit
  10. Obat yang diberikan, dicatat semua obat lain yang diberikan
  11. Nadi, dicatat 30-60 menit pada fase aktif serta ditandai dengan sebuah titik besar (.)
  12. Tekanan darah, dicatat setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah
  13. Subu badan, dicatat setiap 4 jam pada fase laten, dan 2 jam pada fase aktif
  14. Protein, aseton, volume urine, dicatat setiap kali ibu berkemih

Bila temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat.

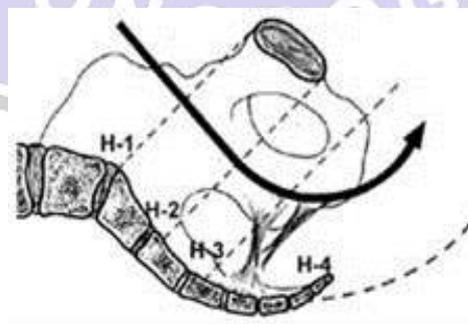
#### I. Tanda dan gejala persalinan

Menurut (Manuaba 2010) tanda persalinan adalah sebagai berikut:

1. Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
2. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda (pengeluaran lendir, lendir bercampur darah).
3. Dapat disertai ketuban pecah.
4. Pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (perlunakan, pendataran, dan pembukaan serviks).

#### J. Teori Bidang Hodge

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau vagina toucher (VT).



Gambar 2.11  
Bidang hodge

Sumber : Marmi. 2016. Intranatal Care Asuhan Kebidanan pada persalinan

Keterangan : Menurut (Rohani,2013) bidang hodge terbagi menjadi empat yaitu :

- 1) Hodge I: bidang setinggi pintu atas panggul (PAP) yang dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro-iliaka, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas simfisis pubis
- 2) Hodge II : bidang setinggi pinggir bawah simfisis pubis, berhimpitan dengan PAP (Hodge I).
- 3) Hodge III : bidang yang setinggi pinggir bawah spina ischiadika berhimpitan dengan PAP (Hodge I).
- 4) Hodge IV : bidang setinggi ujung tulang koksigis berhimpitan dengan PAP (Hodge I).

#### K. Lima Benang Merah dalam Asuhan Kebidanan

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 stiap persalinan, baik normal baik patologis. Lima Benang Merah tersebut adalah :

##### 1. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang di perlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberika pertolongan.

## 2. Asuhan Sayang ibu dan Sayang Bayi

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

## 3. Pencegahan Infeksi

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

- a) Cuci tangan
- b) Pakai sarung tangan
- c) Penggunaan cairan antiseptic

d) Pemrosesan alat bekas (dekontaminasi, desinfeksi, desinfeksi tingkat tinggi, mencuci dan membilas, sterilisasi) (Marmi, 2011).

1) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda (peralatan medis, sarung tangan, meja pemeriksaan) yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Cara memastikannya adalah segera melakukan dekontaminasi terhadap benda-benda tersebut setelah terpapar atau terkontaminasi darah atau cairan tubuh.

Rumus untuk membuat larutan klorin 0.5% dari larutan berbentuk cair :

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan konsentrat}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} - 1$$

Rumus untuk membuat larutan klorin 0.5% dari serbuk kering :

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsentrat}} \times 1000$$

2) Desinfeksi

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

3) Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

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

4) Mencuci dan membilas

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

5) Sterilisasi

Tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur,

parasit) termasuk endospora bakteri pada benda-benda mati atau instrumen

#### 4. Pencatatan ( Dokumentasi)

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

#### 5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, di harapaakan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10 – 15 % di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan

penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau baynya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu ( jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanan ksus gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir (APN:2008).

Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan pada ibu (BAKSOKUDA)

a) Bidan

Pastikan bahwa ibu dan bati baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetri dan BBL untuk dibawa ke fasilitas rujukan

b) Alat

Bawa perlengkapan dan alat-alat unsur asuhan persalinan, masa nifas, dan BBL (tabung suntik, selang I.V, alat resusitasi dll) bersama ibu ke tempat rujukan.

Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan

## c) Keluarga

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan rujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut

## d) Surat

Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL. Cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan BBL

## e) Obat

Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan

## f) Kendaraan

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang aman

## g) Uang

Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan sekehatan lainnya selama ibu dan bayi di fasilitas rujukan

#### h) Darah

Persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Dan doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan (Sari EP dkk, 2014).

#### L. Kebutuhan dasar selama persalinan

Beberapa kebutuhan dasar ibu selama persalinan antara lain :

##### 1. Makanan dan minuman

Bidan menganjurkan pada keluarga untuk memberikan minum sesering mungkin dan makanan ringan selama persalinan. Karena, makanan ringan dan cairan yang cukup selama persalinan berlangsung akan memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi ini akan memperlambat kontraksi atau membuat kontraksi ini menjadi tidak teratur (Marmi, 2016).

##### 2. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena membuat rileks. Diawal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi persalinan yang panjang. Posisi dikombinasikan dengan aktivitas dalam ambulasi agar penurunan kepala janin dapat lebih maksimal (Nugraheny, 2010).

### 3. Buang air kecil (BAK)

Selam proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi terpenuhi (Sulistyawati, 2010).

### 4. Buang ai besar (BAB)

Pasien akan merasa tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Dalam kondisi ini penting untuk keluarga serta bidan untuk menunjukkan respon yang positif dalam al kesiapan untuk memberikan bantuan dan keyakinan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya (Sulistyawati, 2010).

### 5. Posisi dan ambulasi

Posisi yang aman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi pada ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu juga akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga, persalinan akan berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada duduk, berjalan dan jongkok (Nugraheny, 2010).

### 6. Akses intravena

Menurut (Helen Varney, 2008) ada 2 tujuan pemasangan infus, yaitu :

- a) Sebagai jalur obat, cairan atau darah untuk mempertahankan keselamatan ketika terjadi kegawatdaruratan obstetri.
- b) Sebagai cara mempertahankan hidrasi meternal



### 2.1.3 Masa Nifas

#### A. Pengertian

1. Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Ari Sulistyawati, 2009).
2. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2009).

#### B. Program masa nifas

Menurut (Walyani, 2015) paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan :

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan- kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi
3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya

#### C. Kunjungan masa nifas

Menurut (Kemenkes RI, 2016) pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu :

1. 6 jam- 3 hari setelah melahirkan

2. Hari ke 4-28 hari setelah melahirkan
3. Hari ke 29-42 hari setelah melahirkan

a) Pelayanan ibu nifas meliputi :

- 1) Menanyakan kondisi nifas ibu secara umum
- 2) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan dan nadi
- 3) Pemeriksaan lochea dan perdarahan
- 4) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
- 5) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus
- 6) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
- 7) Pemberian kapsul vitamin A
- 8) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
- 9) Konseling
- 10) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
- 11) Memberikan nasehat yaitu :
  - a) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidat, protein, hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan
  - b) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas/hari dan 6 bulan kedua adalah 12 gelas/hari
  - c) Menjaga kebersihan diri termasuk kebersihan daerah kelamin, ganti pembalut sesering mungkin

- d) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat
- e) Ibu yang melahirkan secara operasi harus menjaga kebersihan luka bekas operasi
- f) Memberikan ASI saja selama 6 bulan
- g) Perawatan bayi yang benar
- h) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena membuat bayi stres
- i) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga
- j) Untuk konsultasi ke tenaga medis untuk pelayanan KB setelah persalinan

#### D. Proses Masa Nifas

Menurut (Ari sulistyawati. 2009), masa nifas di bagi menjadi 3 tahap, yaitu :

##### 1. Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

##### 2. Puerperium Intermedial

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

### 3. Remote puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang di perlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

#### E. Tahapan masa nifas

Menurut (Marmi, 2014) tahapan pada masa nifas yaitu :

1. Periode taking in (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
  - a) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
  - b) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
  - c) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
  - d) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
  - e) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal
2. Periode taking on/taking hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
  - a) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
  - b) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh

- c) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan bayi dan mengganti popok
- d) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi
- e) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya

### 3. Periode letting go

- a) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga
- b) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan social
- c) Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini

### F. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi postpartum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain:

#### 1. Perubahan sistem reproduksi

##### a) Uterus

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan

melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (Tinggi Fundus Uteri) (Widyasih, hesty, dkk. 2012).

Tabel 2.9  
Tinggi Fundus Uterus dan Berat Uterus Menurut Hari

Kondisi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	Dua jari di bawah pusat	750 gr
1 minggu	Pertengahan pusat-symphisis	500 gr
2 minggu	Tak teraba di atas symphisis	350 gr
6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Sebesar normal	30 gr

Sumber : (Widyasih, hesty, dkk. 2012)

#### b) Lokhea

Menurut (Mansyur, 2014) lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi. Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

##### 1) Lokhea rubra

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

## 2) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecokelatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke 4-7 post partum.

## 3) Lokhea serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke 7-14 post partum.

## 4) Lokhea alba

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

Lokhea yang menetap pada awal periode post partum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan "lokhea purulenta". Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut "lokhea statis".

c) Perubahan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol (Trisnawati,2012).

d) Perubahan Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Trisnawati,2012).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan, kurangnya asupan makan, hemoroid dan kurangnya aktivitas tubuh (Rukiyah, 2010).

### 3. Perubahan Sistem Perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Penyebab dari keadaan ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih setelah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis” (Walyani, 2015).

### 4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah partus, pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit, sehingga akan menghentikan perdarahan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan (Walyani, 2015).

### 5. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Setelah persalinan, shunt akan hilang tiba-tiba. Volume darah bertambah, sehingga akan menimbulkan dekompensasi kordis pada penderita vitum cordia. 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 postpartum (Rukiyah, 2010).

#### 6. Perubahan Tanda-tanda Vital

Menurut (Trisnawati, 2012) pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain :

##### a) Suhu badan

Dalam 1 hari (24 jam) postpartum, suhu badan akan naik sedikit ( $37,5^{\circ}$ - $38^{\circ}$ c) akibat dari kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan. Apabila dalam keadaan normal, suhu badan akan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena ada pembentukan ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada endometrium.

##### b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100x/ menit, harus waspada kemungkinan dehidrasi, infeksi atau perdarahan postpartum.

##### c) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada saat postpartum menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas. Bila pernafasan pada masa postpartum menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

G. Perubahan Psikologi

Menurut (Sulistiyawati, Ari. 2009) gangguan psikologis yang sering terjadi pada masa nifas yaitu:

1. *Post partum blues*

Merupakan gangguan psikologis yang ditandai dengan kesedihan atau kemurungan setelah melahirkan, biasanya hanya muncul sementara waktu yakni sekitar dua hari hingga dua minggu sejak kelahiran bayi ditandai dengan gejala-gejala: cemas tanpa sebab, menangis tanpa sebab, tidak percaya diri, sensitif, mudah tersinggung dan merasa kurang menyayangi bayinya.

2. *Post partum syndrome (pps)*

Merupakan gangguan psikologis yang ditandai dengan kesedihan dan kemurungan yang biasa bertahan satu sampai dua tahun.

### 3. *Depresi post partum*

Ibu yang merasakan kesedihan, kebebasan, interaksi sosial, dan kemandiriannya berkurang. Gejalanya : sulit tidur, nafsu makan hilang, perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol.

## H. Kebutuhan Masa Nifas

Ibu nifas memiliki beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi selama menjalani masa nifas yaitu sebagai berikut :

### 1. Nutrisi dan cairan

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup
- c) Minum sedikitnya 3 liter air tiap hari
- d) Pil zat besi harus diminum setidaknya 40 hari pasca persalinan
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya.

(Rukiyah, 2010)

### 2. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu post partum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24–48 jam postpartum, tentunya ibu

postpartum tidak dengan penyulit seperti anemia, penyakit jantung, demam, penyakit paru-paru, dan sebagainya. Adapun beberapa keuntungan ambulasi dini adalah sebagai berikut:

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c) *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit
- d) Menurut penelitian-penelitian yang saksama, *early ambulation* tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan abnormal, tidak memengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut, dan lain-lain (Saleha, 2009).

### 3. Istirahat

Menurut (Suherni dkk. 2009), istirahat merupakan salah satu kebutuhan dasar masa nifas yaitu dengan menganjurkannya ibu untuk :

- a) Istirahat yang cukup untuk mengurangi rasa lelah
- b) Tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur
- c) Kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan
- d) Menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam, dan malam 7-8 jam

#### 4. Eliminasi

Berikut adalah kebutuhan eliminasi menurut Ambarwati dan Wulandari(2010) :

##### a) Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3 –4 jam. Ibu diusahakan dapat BAK sendiri, apabila tidak lakukan tindakan seperti merangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien dan mengompres air hangat diatas simpisis. Jika tidak berhasil dengan cara tersebut maka lakukan katerisasi, namun katerisasi tidak dilakukan sebelum lewat 6 jam post partum karena prosedur kateterisasi membuat klien tidak nyaman dan resiko infeksi salurankencing tinggi. Dower kateter diganti setelah 48 jam.

##### b) Defekasi

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ketiga belum juga BAB maka diberikan larutan supositoria dan minum air hangat. Lakukan diit teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat dan olah raga agar BAB dapat kembali teratur.

#### 5. Personal Hygiene

Pada ibu pada masa postpartum sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah

terjadinya infeksi. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada ibu nifas dalam personal hygiene adalah sebagai berikut:

a) Perawatan Perineum

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas dan merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci (Ambarwati dan Wulandari, 2010).

Ibu post partum harus mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Anjurkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar (Saleha, 2009).

Untuk cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu harus memahami tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada

ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka (Walyani, 2015)

b) Perawatan payudara

1) telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayinya. Bila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara:

(a) Pembalutan mammae sampai tertekan

(b) Pemberian obat esterogen untuk supresi LH

2) Ibu menyusui harus menjaga agar payudaranya tetap bersih dan kering

3) Menggunakan bra yang menyongkong payudara

4) Apabila puting lecet oleskan kolostrum atau ASI disekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Kemudian, apabila lecetnya sangat berat dapat diistirahatkan selama 24 jam.

6. Seksual

a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri, begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari

b) Tradisi yang menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu. Hal ini tergantung pasangan

- c) Begitu darah merah berhenti, boleh melakukan hubungan suami istri
- d) Untuk kesehatan sebaiknya ibu mengikuti program KB
- e) Pada saat permulaan hubungan seksual perhatikan jumlah waktu, penggunaan kontrasepsi (jika menggunakan), dispareuni, kenikmatan dan kepuasan wanita dan pasangan serta masih dalam hubungan seksual

(Rukiyah, 2015)

#### 7. Rencana KB

Rencana KB setelah ibu melahirkan itu sangat penting, dikarenakan secara tidak langsung KB dapat membantu itu untuk dapat merawat anaknya dengan baik serta mengistirahatkan alat kandungannya (pemulihan alat kandungan). Ibu dan suami dapat memilih alat kontrasepsi KB apa saja yang diinginkan. Ibu harus KB agar tidak cepat hamil lagi (minimal 2 tahun) dan agar ibu mempunyai waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarganya (Walyani, 2015).

#### I. Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Pitriani (2014), ada beberapa tanda-tanda bahaya selama masa nifas, yaitu :

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut

membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam).

2. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang menyengat.
  3. Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung.
  4. Sakit kepala yang terus-menerus, nyeri epigastric atau masalah penglihatan.
  5. Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni atau merasa tidak enak badan.
  6. Payudara memerah, panas, dan / atau sakit
  7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
  8. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi.
  9. Merasa sangat letih atau bernafas terengah-engah
- J. Maslah pada masa nifas

Menurut (Sulistyawati, 2009) masalah dalam masa nifas yaitu :

1. Perdarahan pervaginam
2. Infeksi masa nifas
3. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur
4. Pembengkakan di wajah atau ekstermitas
5. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

6. Payudara berubah menjadi panas, merah dan sakit
7. Merasa sedih atau tidak mampu dalam merawat dirinya sendiri



#### 2.1.4 Bayi Baru Lahir

##### A. Pengertian

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dengan berat antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan *congenital* (cacat bawaan) yang berat (Putra, RS. 2012 ).

##### B. Fisiologi bayi baru lahir

1. Ciri-ciri Bayi baru lahir menurut (Nanny, 2012) sebagai berikut :

- a) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- b) Berat badan 2.500-4.000 gram
- c) Panjang badan 48-52 cm
- d) Lingkar dada 30-38 cm
- e) Lingkar kepala 33-35 cm
- f) Lingkar lengan 11-12 cm
- g) Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit
- h) Pernapasan  $\pm$ 40-60x/menit
- i) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
- j) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- k) Kuku agak panjang dan lemas
- l) Nilai APGAR  $>7$
- m) Gerak aktif
- n) Bayi langsung menangis kuat

- o) Reflek rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- p) Reflek sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
- q) Reflek morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
- r) Reflek grasping (menggenggam) sudah baik
- s) Genetalia
  - 1) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
  - 2) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora
- t) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

Hal-hal yang diawasi pada bayi baru lahir dapat dilakukan dengan metode APGAR. Aspek-aspek yang termasuk APGAR dan harus dinilai dan dicatat ialah:

Tabel 2.10  
 Nilai APGAR pada Bayi Baru Lahir

Aspek pengamatan bayi baru lahir	Skor		
	0	1	2
<i>Appearance/</i> warna kulit	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
<i>Pulse /</i> nadi	Denyut jantung tidak ada	Denyut jantung <100 kali per menit	Denyut jantung >100 kali per menit
<i>Grimace/</i> respons reflek	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah meringis saat stimulasi	Meringis, menarik, batuk atau bersin saat stimulasi
<i>Activity/</i> tonus otot	Lemah, tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dalam posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Bergerak aktif dan spontan
<i>Respiratory/</i> pernapasan	Tidak bernapas, pernapasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

Sumber : (Siwi, Elisabeth. 2016 )

Interpretasi :

1. Nilai 1-3 : asfiksia berat
2. Nilai 4-6 : asfiksia sedang
3. Nilai 7-10 : asfiksia ringan (normal)

### C. Tahapan pada bayi baru lahir

#### 1. Tahap I terjadi segera setelah lahir

Selama menit pertama kelahiran , pada tahap ini di gunakan sistem scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.

#### 2. Tahap II di sebut tahap transisional reaktivitas

Pada tahap ini di lakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan prilaku .

#### 3. Tahap III di sebut tahap periodik.

Di tahap ini pengkajian di lakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh

( Dewi dkk, 2010)

### D. Perubahan fisiologis

Menurut (Walyani, 2015) bayi baru lahir mengalami perubahan sebagai berikut :

#### 1. Sistem pernafasan

Berikut ini adalah tabel mengenai perkembangan sistem pulmonal sesuai dengan usia kehamilan

Tabel 2.11

Perkembangan Sistem Pulmonal

Usia kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Kedua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensial

24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-36 minggu	Struktur pau matang

Sumber : (Dewi, 2011)

Ketika struktur matang. Ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

Rangsangan gerakan pernafasan pertama terjadi karna beberapa hal berikut :

- a) Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik)
- b) Penurunan PaO<sub>2</sub> dan peningkatan PaCO<sub>2</sub> merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi)
- c) Rangsangan dingin di daerah muka dan perubahan suhu tubuh di dalam uterus (stimulasi sensorik)
- d) Reflek deflasi hering brreur pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.

Usaha bayi untuk pertama kali mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran nafas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam. Cara neonatus bernafas dengan cara diafragmatik dan

abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernafas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektasis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobic (Nanny dkk, 2010).

## 2. Peredaran darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikus lalu sebagian kehati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah di pompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah di pompa sebagian ke paru melalui duktus arteriosus ke aorta. Setelah bayi lahir, paru-paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kiri lebih besar dibandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal itu membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta cenderung naik dan juga karena rangsangan biokimiawi ( $PaO_2$  naik) serta

duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama. Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/m<sup>2</sup> dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/menit/m<sup>2</sup>) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfuse plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg.

### 3. Suhu tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya, yaitu :

#### a) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh, menimbang bayi tanpa alas timbangan, memegang bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk memeriksa BBL(Djami, 2013).

#### b) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara). Contoh, membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela,

membiarkan bayi baru lahir di ruang yang terpasang kipas angin (Djami, 2013).

c) Radiasi

Panas dipancarkan dari BBL ke luar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh, membiarkan BBL dalam keadaan telanjang, membiarkan BBL dalam ruangan AC tanpa diberikan panas (radiant warmer), atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok) (Djami, 2013).

d) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh: jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati (Djami, 2013).

4. Metabolisme

Lua permukaan tubuh neonatus relative lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itu, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energy dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam

pertama kehidupan, energy didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua, energy berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapatkan susu, sekitar sekitar hari keenam energy diperoleh dari lemak dan karbohidrat yang masing-masing sebesar 60 dan 40% (Muslihatun, 2010).

#### 5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal tubuh

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

- a) Jumlah nefrom masih belum sebanyak orang dewasa
- b) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- c) Renal blood flow relative kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Dewi, 2011).

#### 6. Immunoglobulin

Bayi baru lahir tidak memiliki sel pasma dan sumsum tulang dan juga tidak memiliki lamina propia ilium dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah dari plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan

pembentukan sel sperma serta antibody gama A, G dan M (Musihatun 2010).

#### 7. Traktus digestivus

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

#### 8. Hati

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hai dapat menimbulkan grey baby syndrome (Nanny dkk, 2010).

## 9. Keseimbangan asam basa

Tingkat kesamaan (PH) darah pada waktu lahir umumnya rendah karena glikolisis anaerobik. Naum, dalam waktu 24 jam neonatus telah mengompensasi asidosis ini (Dewi, 2011).

## E. Masalah pada bayi baru lahir

### 1. Asfiksia

Asfiksia pada BBL adalah kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (Pambudi, 2013). Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir (Depkes RI, 2009).

### 2. Infeksi

Infeksi pada bayi baru lahir lebih sering ditemukan pada BBLR dan bayi yang dilahirkan di rumah sakit. Setelah lahir bayi terpapar dengan kuman yang berasal dari orang lain, dalam hal ini bayi tidak mempunyai imunitas.

Penangannya :

- a) Pertahankan suhu tubuh bayi tetap hangat
- b) ASI tetap diberikan
- c) Diberikan injeksi antibiotik berspektrum luas

d) Perawatan sumber infeksi, misalnya pada infeksi tunggal tali pusat (omfalitis) diberi salep yang mengandung neomisin dan basitrasin (Prawirohardjo, 2009).

### 3. Ikterus

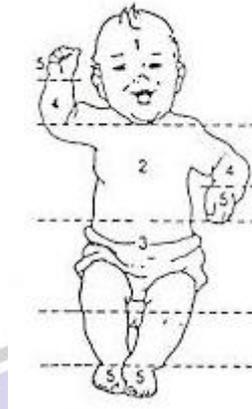
Ikterus adalah perubahan warna kulit yang sering ditemukan pada bayi baru lahir. Macam-macam ikterus menurut (Prawirohardjo, 2009) yaitu :

#### a) Ikterus fisiologis

Ikterus yang timbul pada hari kedua dan ketiga, tidak mempunyai dasar patofisiologi, keadaan tidak melampaui potensi menjadi kern-icters, tidak menyebabkan suatu morbiditas pada bayi

#### b) Ikterus patofisiologis

Ikterus yang mempunyai dasar patologis, kadar bilirubinnya mencapai nilai hiperbilirubinemia. Penilaian kadar bilirubin, sebaiknya dilakukan secara laboratories, apabila fasilitas tidak memungkinkan dapat dilakukan secara klinis.



Gambar 2.12  
Daerah Kulit Bayi Yang Berwarna Kuning Untuk Penerapan Rumus  
Kamer  
Sumber : (Prawirohardjo, 2009)

Tabel 2.12  
Rumus Kamer

Daerah (lihat gambar)	Luas icterus	Kadar bilirubin (mg%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 (+) badan bagian atas	9
3	Daerah 1.2 (+) badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1.2.3 (+) lengan dan kaki di bawah denkul	12
5	Daerah 1.2.3 (+) tangan dan kaki	16

Sumber : (Prawirohardjo, 2009)

#### 4. Kejang

Kejang paada bayi baru lahir sering tidak dikenali karena bentuknya berbeda dengan dengan kejang pada anak atau orang dewasa. Manifestasi kejang pada bayi baru lahir dapat berupa tremor, hiperaktif, kejang-kejang, tiba-tiba menangis

melengking, tonus otot hilang disertai atau tidak dengan hilangnya kesadaran, gerakan tidak menentu, mata kedip-kedip paroksimal, gerakan seperti mengayuh dan menelan, bahkan apnu. Gerakan kejang berlangsung berulang-ulang dan periodic (Prawirohardjo, 2009).

#### F. Penanganan bayi baru lahir

##### 1. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi harus dilakukan kepada semua bayi baru lahir normal seperti vitamin K untuk mencegah perdarahan, dengan dosis 0,5 mg IM (Marmi, 2015). Membersihkan jalan nafas, perawatan tali pusat dan perawatan mata

##### 2. Pencegahan kehilangan panas

Pada saat lahir, bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu jika tidak dilakukan pencegahan panas makan bayi akan mengalami hipotermi.

Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui :

- a) Evaporasi : penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti
- b) Konduksi : melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
- c) Konveksi : pada saat bayi terpapar udara yang lebih dingin, hembusan udara atau pendingin ruangan

d) Radiasi : ketika bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi (Rukiyah, 2013)

Cara mempertahankan suhu tubuh bayi menurut (Rukiyah, 2013) yaitu :

- (1) Keringkan suhu tubuh setelah bayi lahir
  - (2) Selimuti bayi dengan kain bersih dan hangat
  - (3) Selimuti bagian kepala bayi
  - (4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
  - (5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
  - (6) Tempatkan bayi dilingkungan hangat
  - (7) Dekontaminasi dan cuci setelah digunakan
3. Pemberian obat tetes/salep mata
- Pemberian salep mata dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena klamidia. Pemberian salep mata sesudah 5 jam bayi lahir (Marmi, 2015)
4. Pemberian imunisasi

Tujuan diberikan imunisasi yaitu agar tubuh kebal dari penyakit tertentu yang dapat menyebabkan infeksi (Marmi, 2015).

Jadwal pemberian imunisasi pada bayi baru lahir seperti tabel 2.11 berikut :

Tabel 2.13  
Jadwal Pemberian Imunisasi Pada Bayi Baru Lahir

Vaksin	Umur	Penyakit yang dapat dicegah
HEPATITIS B	0-7 hari	Mencegah hepatitis B (kerusakan hati)
BCG	1 bulan	Mencegah TBC (tuberkulosis) yang berat
POLIO	1-4 bulan	Mencegah polio yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai dan lengan
DPT (Difteri, pertusis, tetanus)	2-4 bulan	Mencegah difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan nafas, mencegah pertusis atau batuk rejan (batuk 100 hari) dan mencegah tetanus
CAMPAK	9 bulan	Mencegah campak yang dapat mengakibatkan komplikasi radang paru, radang otak dan kebutaan

Sumber : Kemenkes RI, 2012

#### 5. Inisiasi menyusui dini (IMD)

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai segera setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba menyusukan bayinya segera setelah tali pusat di klem dan dipotong. Keuntungan pemberian ASI secara dini menurut (Rukiyah, 2013) yaitu :

- a) Merangsang produksi air susu ibu (ASI)
- b) Memperkuat reflek penghisap bayi
- c) Mempromosikan keterkaitan antara ibu dan bayinya, memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui kolustrum

d) Merangsang kontraksi uterus

#### G. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut (Muslihatun, 2010) tanda bahaya bayi baru lahir yaitu :

1. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali/menit, retraksi dada inspirasi
2. Kulit, bibir biru atau pucat, memar atau sangat kuning (terutama 24 jam pertama)
3. Suhu terlalu panas lebih dari 38°C atau terlalu dingin atau kurang dari 36°C
4. Pemberian ASI sulit (hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah)
5. Tali pusat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, berdarah
6. Mekonium tidak keluar setelah 3 hari pertama setelah kelahiran, urine tidak keluar dalam 24 jam pertama, muntah terus menerus, distensi abdomen, feses hijau/berlendir/darah
7. Mata bengkak dan mengeluarkan cairan
8. Adanya infeksi yang ditandai dengan suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (pus), bau busuk, pernafasan sulit
9. Bayi menggigil atau menangis tidak seperti biasanya, lemas, mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang
10. Menangis terus-menerus

## H. Reflek pada Bayi Baru Lahir

Menurut (Dewi, V. 2011) reflek pada bayi baru lahir normal yaitu :

### 1. Rooting (mencari)

Pada bayi baru lahir akan menoleh ke arah dimana terjadi sentuhan pada pipinya. Bayi akan membuka mulutnya apabila bibirnya disentuh dan berusaha untuk menghisap benda yang disentuhnya.

### 2. Swallowing (menelan)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi.

### 3. Moro (terkejut)

Tangan pemeriksa menyangga pada punggung dengan posisi 45°. Normalnya akan terjadi abduksi sendi bahu dan ekstensi lengan.

### 4. Tonik neck (ekstensi saat kepala ditolehkan)

Letakkan bayi dalam posisi terlentang, putar kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstermitas terekstensi pada sisi kepala yang diputar.

### 5. Grasping (menggenggam)

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

#### 6. Babinski (hiperektensi)

Dengan menggoreskan telapak kaki, dimulai dari tumit lalu gores ke sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki.

#### 7. Sucking (menghisap)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan rangsangan menghisap. Hisapan ini akan menyebabkan aerola dan puting susu ibu tertekan gusi, lidah dan langit-langit bayi sehingga sinus laktiferus di bawah aerola dan ASI terpancar keluar.

#### 8. Glabelar (kedipan)

Merupakan respon terhadap cahaya terang yang mengindikasikan normalnya syaraf optic.

#### 9. Wallking

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

#### I. Kunjungan Neonatal

Menurut (Kemenkes, RI. 2010) kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

1. Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam s/d 48 jam setelah lahir
2. Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari
3. Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari

## J. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

### 1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012).

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

Tabel 2.14  
Kebutuhan Dasar Cairan Dan Kalori Pada Neonates

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 : (Saifudin, 2009)

### 2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa

(Marmi, 2012). Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, 2009). Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Fraser, 2009).

### 3. Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam per hari, paling sering waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Marmi, 2012)

### 4. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda setidaknya sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Marmi, 2012).

## 5. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lanjut (Marmi, 2012). bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 kali per hari, tergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim dan stimulasi berlebihan (Marmi, 2012).

## 6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2010:369). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, 2009).

### 2.1.5 Keluarga Berencana (KB)

#### A. Pengertian KB

1. Keluarga berencana (KB) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi, untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Marmi, 2016).
2. Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan (Rahayu, Sri. 2017).

#### B. Sasaran program KB

Sasaran ruang lingkup keluarga berencana (KB) tertuang dalam RPJMN 2004-2009, meliputi :

1. Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14 persen per tahun.
2. Menurunnya TFR menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
3. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat atau cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6 persen.
4. Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5 persen.
5. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.

6. Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
7. Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak
8. Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera-1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
9. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan program keluarga berencana (KB) Nasional. (Marmi, 2016).

#### C. Manfaat program KB

Manfaat program KB menurut (Marmi, 2016) adalah :

##### 1. Manfaat bagi ibu

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

##### 2. Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibunya yang hamil dalam keadaan sehat. Setelah lahir, anak akan mendapatkan perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.

### 3. Manfaat bagi anak-anak yang lain

Memberikan kesempatan pada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari keluarga. Perkembangan mental dan sosial lebih sempurna karena mendapatkan lebih banyak waktu yang diberikan ibu untuk anaknya.

### 4. Manfaat bagi suami

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

### 5. Manfaat program KB bagi seluruh keluarga

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

## D. Dampak program KB

Menurut (Marmi, 2016) dampak program KB secara umum yaitu :

1. Penurunan angka kematian ibu dan anak
2. Penanggulangan masalah kesehatan reproduksi
3. Peningkatan kesejahteraan keluarga
4. Peningkatan derajat kesehatan, peningkatan mutu dan layanan KB-KR
5. Peningkatan sistem pengelolaan dan kapasitas SDM

6. Pelaksanaan tugas pimpinan dan fungsi manajemen dalam penyelenggaraan kenegaraan dan pemerintah berjalan lancar

#### E. Jenis-jenis Kontrasepsi

##### 1. Metode amenorea laktasi (MAL)

###### a) Pengertian

Menurut bulan (Bari, Abdul Saifuddin, 2010) metode amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (lebih efektif bila pemberian  $\geq 8x$  sehari), belum haid, dan umur bayi kurang dari 6.

###### b) Cara kerja

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotropin melepaskan hormon penghambat. Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Marmi, 2016).

###### c) Keuntungan kontrasepsi

- 1) Efektifitas tinggi (tingkat keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan)
- 2) Tidak mengganggu saat berhubungan seksual
- 3) Segera efektif bila digunakan secara benar

- 4) Tidak ada efek samping secara sistemik
  - 5) Tidak perlu pengawasan medis
  - 6) Tidak perlu obat atau alat
  - 7) Tidak perlu biaya (Mulyani, N.S, 2013).
- d) Keuntungan nonkontrasepsi
- 1) Untuk bayi
    - (a) Mendapatkan kekebalan pasif (mendapat perlindungan antibody melalui ASI)
    - (b) Merupakan asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
    - (c) Bayi terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.
  - 2) Untuk ibu
    - (a) Dapat mengurangi perdarahan pascapersalinan
    - (b) Dapat mengurangi resiko anemia
    - (c) Dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi (Mulyani, N.S, 2013)
- e) Efek samping
- 1) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
  - 2) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

3) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif (Bari, Abdul Saifuddin. 2010).

f) Indikasi

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

g) Kontraindikasi

- 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 (Bari, Abdul Saifuddin, 2010).

2. Kondom



Gambar 2.13  
Alat Kontrasepsi Kondom

Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 04 Februari 2019)

a) Pengertian

Menurut (Rahayu, Sri. 2017) kondom merupakan sarung karet yang dapat dibuat dari berbagai bahan diantaranya lankes (karet), plastik atau bahan alami yang dipasang pada penis saat

hubungan seksual. Kondom ada yang untuk pria dan wanita namun yang lebih dikenal untuk pria.

b) Cara kerja

- 1) Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita
- 2) Sebagai alat kontrasepsi
- 3) Sebagai pelindung terhadap infeksi atau tranmisi mikro organisme penyebab PMS (Marmi, 2016).

c) Keuntungan kontrasepsi

- 1) Efektif bila digunakan dengan benar
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI
- 3) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 4) Tidak mempunyai pengaruh sistematik
- 5) Murah dan dapat dibeli secara umum
- 6) Tidak perlu rese dokter atau pemeriksaan kesehatan secara khusus
- 7) Metode kontrasepsi sementara bila metode konrasepsi lainnya harus ditunda (Bari, Abdul Saifuddin, 2010).

d) Keuntungan nonkontrasepsi

- 1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
- 2) Dapat mencegah penularan IMS
- 3) Mencegah ejakulasi dini

- 4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- 5) Saling berinteraksi sesama pasangan
- 6) Mencegah imuno infertilitas (Bari, Abdul Saifuddin, 2010)

e) Efek samping

- 1) Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan)
- 2) Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan
- 3) Dicurigai adanya reaksi alergi (spermisida)
- 4) Mengurangi kenikmatan hubungan seksual (Bari, Abdul Saifuddin, 2010).

f) Indikasi

Semua pasangan usia subur yang ingin berhubungan seksual dan belum menginginkan kehamilan. Selain itu, untuk perlindungan maksimum terhadap infeksi menular seksual (IMS) (Puspitasari, 2009).

g) Kontraindikasi

- 1) Setiap pria dapat memakai kondom kecuali dia atau pasangannya rentan (alergi/sensitif) terhadap lateks.
- 2) Memiliki kelainan bentuk penis (malformasi)

- 3) Secara psikologi pasangan tidak bisa menerima metode kondom (Marmi, 2016).

### 3. Kontrasepsi Suntik



Gambar 2.14

Alat Kontrasepsi Suntik Progestin

Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 04 Februari 2019)

#### a) Pengertian

Menurut (Rahayu, Sri, 2017) kontrasepsi suntik adalah suatu cara kontrasepsi melalui penyuntikan hormon, baik hormon estrogen dan progesteron maupun hormon progesteron saja, sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan pada wanita usia subur.

#### b) Cara kerja

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

4) Menghambat transportasi gamet oleh ruba (Affandi, Biran, 2011).

c) Keuntungan kontrasepsi

- 1) Risiko terhadap kesehatan kecil
- 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- 4) Jangka panjang
- 5) Efek samping sangat kecil
- 6) Pasien tidak perlu menyimpan obat suntik
- 7) Pemberian aman, efektif dan relatif mudah (Mulyani, N.S, 2013).

d) Keuntungan nonkontrasepsi

- 1) Mengurangi jumlah perdarahan
- 2) Mengurangi nyeri saat haid
- 3) Mencegah anemia
- 4) Mencegah kanker ovarium dan kanker miometrium
- 5) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
- 6) Mencegah kehamilan ektopik
- 7) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause (Mulyani, N.S, 2013).

e) Efek samping

- 1) Gangguan haid
- 2) Sakit kepala

- 3) Penambahan berat badan
- 4) Keputihan (leukorea)
- 5) Galaktorea (pengeluaran ASI yang berlebihan)
- 6) Depresi
- 7) Pusing dan mual
- 8) Dalam jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan vagina, penurunan libido dan gangguan emosi (Marmi, 2016).

f) Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak
- 3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi
- 4) Menyusui ASI pascapersalinan > 6 bulan
- 5) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- 6) Anemia
- 7) Nyeri haid hebat
- 8) Haid teratur
- 9) Riwayat kehamilan ektopik

- 10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Mulyani, N.S, 2013).

g) Kontraindikasi

- 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) Umur > 35 tahun yang merokok
- 6) Ibu mempunyai riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180.110 mmHg)
- 7) Ibu mempunyai riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun
- 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala ringan atau migrain
- 9) Keganasan pada payudara (Mulyani, N.S, 2013).

#### 4. Kontrasepsi Pil



Gambar 2.15

Alat kontrasepsi Pil KB

Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 04 Februari 2019)

##### a) Pengertian

Menurut (Marmi, 2016) pil KB atau *oral contraceptives pill* merupakan alat kontrasepsi hormonal yang merupakan obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum),

berisi hormon estrogen dan atau progesteron, yang bertujuan untuk mengendalikan kelahiran atau mencegah kehamilan dengan menghambat pelepasan sel telur dari ovarium setiap bulannya.

b) Cara kerja

- 1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)
- 2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
- 3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- 4) Mengubah motilitas tuba hingga transportasi sperma terganggu (Bari, Abdul Saifuddin, 2010).

c) Keuntungan kontrasepsi

- 1) Cocok sebagai alat kontrasepsi untuk perempuan yang sedang menyusui
- 2) Sangat efektif untuk masa laktasi
- 3) Dosis gestagen rendah
- 4) Tidak menurunkan produksi ASI
- 5) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 6) Kesuburan cepat kembali
- 7) Tidak memberikan efek samping estrogen

- 8) Tidak ada bukti peningkatan resiko penyakit kardiovaskuler, resiko tromboemboli vena dan resiko hipertensi
- 9) Cocok untuk perempuan yang menderita diabetes mellitus
- 10) Cocok untuk perempuan yang tidak bisa mengkonsumsi estrogen
- 11) Dapat mengurangi desminorhea (Rahayu, Sri, 2017).

d) Kerugian

- 1) Pil harus dimakan setiap hari, kurang cocok bagi wanita yang pelupa
- 2) Motivasi harus diberikan secara lebih intensif
- 3) Bagaimanapun juga tetap ada efek sampingnya (Irianto. Koes. 2014).

e) Efek samping

- 1) Peningkatan risiko trombosis vena, emboli paru, serangan jantung, stroke dan kanker leher rahim
- 2) Peningkatan tekanan darah dan retensi cairan
- 3) Depresi, perubahan suasana hati dan penurunan libido
- 4) Mual (terjadi 3 bulan pertama) dan kembung
- 5) *Spotting* atau perdarahan bercak (terjadi 3 bulan pertama)
- 6) Pusing
- 7) Amenorea
- 8) Nyeri payudara
- 9) Kenaikan berat badan (Marmi, 2016).

## f) Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak
- 3) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
- 4) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- 5) Perokok segala usia
- 6) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math><180/110\text{ mmHg}</math>) atau dengan masalah pembekuan darah
- 7) Tidak boleh menggunakan esrigen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen (Bari, Abdul Saifuddin. 2010).

## g) Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
- 4) Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat)
- 5) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 6) Sering lupa menggunakan pil
- 7) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus
- 8) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah (Bari, Abdul Saifuddin. 2010).

## 5. Kontrasepsi Implan

### a) Pengertian

Menurut (Mulyani, N.S, 2013) kontrasepsi implant adalah alat yang dapasang di bawah kulit. Implant adalah suatu alat kontrasepsi yang mengandung levonorgetrel yang dibungkus dalam kapsul silastic silicon (*polydimethylsiloxane*) dan dipasng dibawah kulit.

### b) Cara kerja

- 1) Menekan ovulasi yang akan mencegah melepasnya sel telur (ovum) dari indung telur
- 2) Mengentalkan lendir mulut rahim sehingga sel mani (sperma) tidak mudah masuk ke dalam rahim
- 3) Menipiskan endometrium, sehingga tidak siap untuk midasi (Irianto. Koes. 2014)

### c) Keuntungan kontrasepsi

- 1) Daya guna tinggi
- 2) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun)
- 3) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- 4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- 5) Bebas dari pengaruh estrogen
- 6) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- 7) Tidak mengganggu ASI

- 8) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
- 9) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan (Bari, Abdul Saifuddin. 2010)

d) Keuntungan nonkontrasepsi

- 1) Mengurangi nyeri haid
- 2) Mengurangi jumlah darah haid
- 3) Mengurangi/memperbaiki anemia
- 4) Melindungi terjadinya kanker endometrium
- 5) Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara
- 6) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul
- 7) Menurunkan angka kejadian endometriosis (Bari, Abdul Saifuddin. 2010).

e) Efek samping

- 1) Nyeri kepala
- 2) Peningkatan/penurunan berat badan
- 3) Nyeri payudara
- 4) Mual
- 5) Pusing kepala
- 6) Perubahan perasaan (*mood*) atau kegelisahan
- 7) Timbul jerawat
- 8) Vagina menjadi kering

- 9) Tidak memberikan efek protektif terhadap IMS termasuk AIDS (Marmi, 2016).

f) Indikasi

- 1) Usia produktif
- 2) Tidak memiliki anak ataupun belum punya anak
- 3) Meghendaki kontrasepsi yang memiliki efektifitas yang tinggi dan meghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang
- 4) Menyusui dan belum membutuhkan kontrasepsi
- 5) Pasca persalinan dan tidak menyusui
- 6) Pasca keguguran
- 7) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi
- 8) Riwayat kehamilan ektopik
- 9) Tekadan darah  $< 180/100$  mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit
- 10) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen
- 11) Sering lupa menggunakan pil (Marmi, 2016).

g) Kontraindikasi

- 1) Hamil dan atau diurigai adanya kehamilan
- 2) Perdarahan abnormal dari uterus yang belum diketahui diagnosisnya
- 3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara

- 4) Diabetes millitus/ penyakit endokrin lainnya
- 5) Psikosis, neurosis
- 6) Ada riwayat mola hidatidosa
- 7) Varises berat
- 8) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- 9) Mioma uterus dan kanker payudara
- 10) Gangguan toleransi glukosa
- 11) Penyakit antung dan hipertensi (kardiovaskuler) (Marmi, 2016)

h) Cara pemasangan implant

- 1) Meminta klien untuk membersihkan seluruh lengan yang dipasang implan dengan sabun
- 2) Cuci tangan dengan sabun, dan keringkan dengan handuk bersih
- 3) Atur alat dan bahan-bahan sehingga mudah dicapai. Hitung kapsul untuk memastikan jumlahnya
- 4) Gunakan sarung tangan dengan benar
- 5) Suci hamakan daerah pemasangan  $\pm$  3 jari di atas lipatan siku kanan untuk yang kidal, lipatan siku kiri untuk yang umum
- 6) Pasang duk berlobang steril atau DTT disekeliling lengan pasien

- 7) Lakukan anastesi lokal menyeluruh di daerah yang akan dipasang implan dengan benar
- 8) Menguji anastesi ebelum melakukan insisi pada kulit yang akan dipasang implan
- 9) Dengan bisturi, lakukan sayatan hingga di bawah kulit selebar 1-2 cm
- 10) Masukkan trocar dengan benar
- 11) Maskkan kapsul implan di bawah kulit dengan benar. Mula-mula pasang yang tengah, lalu pasang yang lain seperti bentuk kipas
- 12) Melakukan perabaan pada kapsul yang telah terpasang
- 13) Menekan tempat insisi untuk menghentikn perdarahan
- 14) Suci hamakan lagi, mendekatkan tepi luka, kemudian tutup dengan plester
- 15) Memasang pembalut tekan dengan kasa steril
- 16) Beri petunjuk pada klien cara merawat luka. Balutan jangan dibuka dan jangan sampai basah selama 2 hari
- 17) Lakukan proses dekontaminasi
- 18) Melepas sarung tangan secara terbalik
- 19) Cuci tangan dengan sabun, dan keringkan dengan handuk bersih
- 20) Buat rekam medik, lakukan pencatatan pada buku register/cacatan akseptor

- 21) Observasi klien selama 5 menit sebelum mengijinkan klien pulang
  - 22) Kontrol dilakukan jika ada keluhan (marmi, 2016)
- i) Cara pencabutan implant
- 1) Persilahkan klien untuk mencuci seluruh lengan dan tangan dengan sabun dan air mengalir, serta membilasnya
  - 2) Persilahkan klien berbaring ke tempat tidur, dengan lengan disangga untuk memudahkan pencabutan
  - 3) Raba kapsul untuk menentukan posisi atau lokasi implant dengan palpasi
  - 4) Kemudian beri tanda pada kedua ujung setiap kapsul dengan menggunakan spidol
  - 5) Cuci tangan dengan sabun, dan keringkan dengan handuk bersih. Kemudian pakai sarung tangan DTT atau steril
  - 6) Lakukan tindakan aseptik dan antiseptik
  - 7) Setelah memastikan klien tidak alergi obat anestesi, isi jarum suntik dengan 3 ml obat anestesi. Masukkan jarum tept di bawah kulit pada tempat insisi akan dibuat. Kemudian, lakukan aspirasi memastikan jarum tidak masuk ke dalam pembuluh darah. Suntikkan sedikit anestesi untuk membuat gelembung kecil di bawah kulit. Masukkan jarum secara hati-hati di bawah ujung kapsul pertama sampai kurang lebih kurang sepertiga panjang

kapsul (1cm), tarik jarum pelan-pelan sambil menyuntikkan obat anestesi (kira-kira 0,5 ml) untuk mengangkut ujung kapsul

8) Pada lokasi yang sudah dipilih, buat insisi melintang yang kurang lebih 2-3 mm dengan menggunakan skapel. Jangan membuat insisi yang besar

9) Mulai dengan mencabut kapsul yang mudah diraba dari luar atau yang terdekat dengan tempat insisi

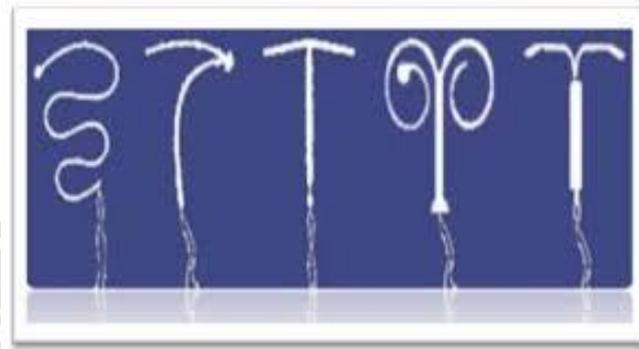
10) Dorong ujung kapsul ke arah insisi dengan jari tangan sampai ujung kapsul tampak pada luka insisi. Saat ujung kapsul tampak pada luka insisi, masukkan klem lengkung dengan lengkungan jepitan mengarah ke atas, kemudian jepit ujung kapsul dengan klem

11) Jepit kapsul yang sudah terpapar dengan menggunakan klem kedua. Lepaskan klem pertama dan cabut kapsul secara pelan dan hati-hati dengan klem kedua. Kapsul akan mudah dicabut oleh karena jaringan ikat yang mengelilinginya tidak melekat pada silikon. Bila kapsul sulit dicabut, pisahkan secara hati-hati sisa jaringan ikat

yang melekat pada kapsul dengan menggunakan kasa atau skapel

- 12) Lakukan hal yang sama sampai semua implan ( 6 batang) dikeluarkan. Rapatkan luka, tutup dengan plester, kasa steril dan balut dengan verban (Marmi, 2016).

## 6. Kontrasepsi AKDR



Gambar 2.16  
Kontrasepsi AKDR

Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (Diakses tanggal 04 Februari 2019)

### a) Pengertian

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

### b) Cara kerja

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk kesaluran tuba falopii

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

c) Keuntungan kontrasepsi

- 1) Akan segera aktif begitu dipasang di dalam rahim
- 2) Tidak perlu mengingat-ingat ataupun melakukan kunjungan ulang untuk menyuntik tubuh
- 3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual dan dapat meningkatkan kenyamanan berhubungan karena tidak perlu takut hamil
- 4) Tidak ada efek samping hormonal seperti halnya pada alat kontrasepsi hormonal
- 5) Tidak akan mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 6) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau setelah abortus dengan catatan tidak terjadi infeksi
- 7) Dapat digunakan hingga masa menopause (1 tahun atau lebih setelah masa haid terakhir)
- 8) tidak ada interaksi dengan obat-obatan

9) dapat dipasang kapan saja, tidak perlu pada saat masa haid saja asal tidak sedang hamil atau diperkirakan hamil (Irianto, Koes. 2014).

d) Kerugian

1) Efek samping yang umum terjadi:

(a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)

(b) Haid lebih lama dan banyak

(c) Perdarahan (spotting) antarmenstruasi

(d) Saat haid akan lebih sakit

2) Komplikasi lain:

(a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan

(b) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia

3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

4) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas

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

6) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)

7) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan (Bari, Abdul Saifuddin, 2010).

e) Indikasi

- 1) Usia produktif
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Perempuan menyusui yang menginginkan kontrasepsi
- 5) Setelah menyusui dan tidak ingin menyusui bayinya
- 6) Setelah abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- 7) Perempuan dengan resiko rendah IMS
- 8) Tidak menghendaki metode hormonal
- 9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
- 10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama
- 11) Gemuk ataupun kurus
- 12) Perokok
- 13) Sedang memakai obat antibiotik dan anti kejang
- 14) Menderita tumor jinak maupun ganas payudara
- 15) Pusing- pusing atau nyeri kepala
- 16) Varises kaki dan vulva

17) Pernah menderita penyakit seperti stroke, DM, liver dan empedu

18) Menderita hipertensi, jantung, malaria, skistomiasis (tanpa anemia), penyakit tyroid, epilepsi atau TBC non pelvis (Marmi, 2016).

f) Kontraindikasi

1) Kemungkinan hamil

2) Setelah melahirkan (2-28 hari hari pasca melahirkan), pemasangan hanya boleh dilakukan sebelum 48 jm dan setelah 4 minggu pasca persalinan memiliki resiko IMS (termasuk HIV), yang beresiko terinfeksi HIV/IMS yaitu :

1) Yang mempunyai lebih dari satu pasangan tidak selalu memakai kondom

2) Yang emiliki pasangan dengan HIV/IMS dan tidak selalu memakai kondom

3) Memakai jarum suntik sama, atau pasangan memakai jarum suntik (hanya untuk HIV tetapi tidak untuk IMS)

3) Perdarahn vagina yang tidak diketahui

4) Sedang menderita infeksi alat genital

5) Tiga bulan terakhir sedang mengalami radang panggul atau infeksi setelah keguguran (Mulyani, N.S, 2013).

g) Cara pemasangan AKDR

- 1) Pastikan klien sudah mengkosongkan kandung kemih dan mencuci area genitalia dengan menggunakan air
- 2) Bantu klien untuk naik ke meja pemeriksa
- 3) Pakai sarung tangan DTT
- 4) Atur penempatan peralatan dan bahan-bahan yang akan digunakan dalam wadah steri atau DTT
- 5) Lakukan pemeriksaan dalam dengan menggunakan spekulum untuk menentukan ukuran, posisi, konsistensi, dan mobilitas uterus
- 6) Masukkan lengan AKDR di dalam kemasan steril
- 7) Masukkan spekulum dan usap vagina dengan larutan antiseptik
- 8) Masukkan sonde
- 9) Pasangkan AKDR sampai pembatas warna biru sesuai ukuran kavum uteri
- 10) Tarik keluar tabung inserter setelah AKDR masuk
- 11) Potong benang jika terlalu panjang
- 12) Keluarkan spekulum dengan hati-hati
- 13) Rendam seluruh peralatan ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi
- 14) Buang bahan-bahan yang sudah dipakai ke tempat yang sudah disediakan

- 15) Celupkan kedua tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % lepaskan secara terbalik
- 16) Cuci tangan dengan air dan sabun keringkan dengan handuk bersih

(Marmi, 2016)

h) Cara pencabutan AKDR

- 1) Pastikan klien sudah mengkosongkan kandung kemih dan mencuci area genitalia dengan menggunakan air
- 2) Bantu klien untuk naik ke meja pemeriksa
- 3) Cuci tangan dengan sabun, dan keringkan dengan handuk bersih
- 4) Pakai sarung tangan DTT
- 5) Atur penempatan peralatan dan bahan-bahan yang akan digunakan dalam wadah steri atau DTT
- 6) Lakukan pemeriksaan bimanual :
  - (a) Pastikan gerakan serviks bebas
  - (b) Tentukan besar dan posisi uterus
  - (c) Pastikan tidak ada kehamilan
- 7) Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneksa
- 8) Pasang spekulum vagina untuk melihat serviks
- 9) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik 2-3 kali
- 10) Apabila kelihatan, jepit benang yang dekat dengan klem

- 11) Tarik keluar sebang secara mantap tetapi hati-hati untuk mengeluarkan AKDR
- 12) Tunjukkan AKDR pada klien, lalu rendam dalam larutan klorin 0,5 %
- 13) Keluarkan spekulum dengan hati-hati
- 14) Rendam seluruh peralatan ke dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit untuk dekontaminasi
- 15) Buang bahan-bahan yang sudah dipakai ke tempat yang sudah disediakan
- 16) Celupkan kedua tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % lepaskan secara terbalik
- 17) Cuci tangan dengan air dan sabun keringkan dengan handuk bersih
- 18) Amati 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang (Marmi, 2016).

## 7. Kontrasepsi Mantap

### 1. Tubektomi

#### a) Pengertian

Menurut (Mulyani, N.S, 2013) tubektomi adalah setiap tindakan yang kedua saluran telur pada wanita yang mengakibatkan orang yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi. Hal ini untuk mencegah

bertemunya sel telur dan sperma (pembuahan) dengan cara menutup saluran telur tanpa mengubah indung telur dalam rahim.

b) Mekanisme kerja

Menurut (Bari, Abdul Saifuddin. 2010) dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

c) Keuntungan kontrasepsi

- 1) Dapat mencegah kehamilan lebih dari 99%
- 2) Permanen dan efektif
- 3) Tidak ada efek samping jangka panjang dan tidak mengganggu hubungan seksual (Irianto, Koes. 2014).

d) Kekurangan

- 1) Resiko dan efek samping pembedahan
- 2) Kadang-kadang merasa sedikit nyeri pada saat operasi
- 3) Infeksi mungkin saja terjadi, bila prosedur operasi tidak benar
- 4) Kesuburan sulit kembali (Marmi, 2016).

e) Indikasi

- 1) Umur lebih dari 26 tahun
- 2) Anak lebih dari 2 orang

- 3) Yakin telah memiliki keluarga dengan jumlah yang diinginkan
- 4) Ibu pascapersalinan dan pascakeguguran
- 5) Pasien paham dan setuju dengan prosedur KB tubektomi terutama pengetahuan pasangan tentang cara-cara kontrasepsi ini, resiko dan keuntungan kontrasepsi tubektomi dan pengetahuan tentang sifat permanennya kontrasepsi ini (Mulyani, N.S, 2013).

f) Kontraindikasi

- 1) Perdarahan vaginal yan belum terjelaskan
- 2) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut
- 3) Belum memberikan persetujuan tertulis
- 4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- 5) Usia dibawah 30 tahun yang belum dan masih memiliki anak (Marmi, 2016).

2. Vasektomi

a) Pengertian

Menurut (Bari, Abdul Saifuddin. 2010) vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur trasportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

b) Jenis

- 1) Vasektomi tanpa pisau (VTP atau No-scalpel Vasectomy)
- 2) Vasektomi dengan insisi skrotum (tradisional)
- 3) Vasektomi semi permanen (Mulyani, N.S, 2013).

c) Keuntungan

- 1) Teknik operasi kecil dan sederhana, bisa dilakukan setiap saat
- 2) Komplikasi yang ditemukan tidak terlalu berat
- 3) Efektifitas hampir 100%
- 4) Biaya murah terjangkau masyarakat
- 5) Bisa dilakukan operasi rekanalisasi
- 6) Aman, sederhana, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas
- 7) Menyengkan bagi akseptor karena memerlukan anastesi lokal biasa (Marmi, 2016).

d) Kekurangan

- 1) Cara ini tidak langsung efektif tapi memerlukan waktu sampai sperma menjadi negatif dalam analisa semen
- 2) Diperlukan suatu tindakan operatif
- 3) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan/infeksi

- 4) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan kooperatif yang menyangkut sistem reproduksi pria (Marmi, 2016).

e) Indikasi

- 1) Usia >26 tahun
  - 2) Paritas > 2
  - 3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
  - 4) Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius
  - 5) Pascapersalinan
  - 6) Pascakeguguran
  - 7) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini
- (Bari, Abdul Saifuddin. 2010)

f) Kontraindikasi

- 1) Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai)
- 2) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi)
- 3) Infeksi sistemik dan pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol)
- 4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan

- 5) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan
- 6) Belum memberikan persetujuan tertulis (Bari, Abdul Saifuddin, 2010).



## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

### 2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

#### A. Pengkajian Data

##### 1. Data Subyektif

###### a) Biodata

###### 1) Nama Istri / Suami

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab (Walyani, 2015).

###### 2) Umur

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal usia aman untuk kehanilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun (Winknjosastro, 2010).

###### 3) Pendidikan

Tanyakan pendidikan tertinggi yang klien. Informasi ini membantu klinisi memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran kemampuan baca tulisnya (Walyani, 2015).

4) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari.

(Ambarwati, 2010).

5) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, premature dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin (Walyani, 2015).

6) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Ambarwati, 2010).

b) Keluhan utama

Menurut (Varney,dkk, 2009), keluhan ringan ringan pada kehamilan adalah edema dependen, nokturia, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, kram tungkai, nyeri punggung bawah.

Pada ibu hamil trimester III, keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu:

1) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada

vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang.

2) Nokturia

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

3) Konstipasi

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

4) Sesak nafas

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

5) Nyeri ulu hati

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

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

6) 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.

7) Nyeri punggung bawah

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

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 telah diderita ibu sebelum hamil. Penyakit yang diderita ibu dapat mempengaruhi kehamilannya. Sebagai contoh penyakit

yang akan mempengaruhi dan dapat dipicu dengan adanya kehamilan adalah hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus, anemia dan penyakit menular seksual (Marmi, 2011).

2) Penyakit yang pernah dialami (Sekarang)

(1) Gonorea

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

(2) Infeksi Ginjal dan saluran kemih

Pengaruh infeksi ginjal dan saluran perkemihan terhadap kehamilan terutama karena demam yang tinggi dan menyebabkan terjadi kontraksi otot rahim sehingga dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan memudahkan infeksi pada neonatus. Kehamilan dapat menurunkan daya tahan tubuh sehingga makin meningkatkan infeksi menjadi sepsis yang menyebabkan kematian ibu dan janin (Manuaba, 2010).

(3) Infeksi virus herpes simpleks

Infeksi ini pada saat kehamilan tidak menembus plasenta tetapi menimbulkan gangguan pada plasenta

dengan akibat abortus dan *missed abortion* atau prematuritas sampai lahir mati (Manuaba, 2010).

#### (4) Infeksi TORCH

Semua infeksi TORCH meliputi komponen toksoplasmosis, sitomegalovirus, herpes simpleks dan rubella dapat menimbulkan abortus, persalinan premature, pertumbuhan janin terhambat ( Manuaba, 2010).

#### (5) Asma

Pengaruh asma pada ibu dan janin akan sangat tergantung dari sering dan beratnya serangan, karena ibu dan janin akan kekurangan oksigen ( $O_2$ ) atau hipoksia. Keadaan hipoksia bila tidak segera diatasi tentu akan berpengaruh pada janin, dan sering terjadi keguguran, persalinan prematur atau berat janin tidak sesuai dengan usia kehamilan (gangguan pertumbuhan janin) (Saifuddin, 2014).

#### d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Infomasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamila atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik ( Romauli, 2011).

e) Riwayat Kebidanan

Menurut Walyani, 2015 yaitu :

1) Menarche (Usia pertama datang haid)

Usia pertama haid bervariasi, antara 12 – 16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim, dan keadaan umum.

2) Siklus

Siklus haid dihitung mulai hari pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya, siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mempunyai kelainan siklus haid atau tidak. Siklus normal haid biasanya adalah 28 hari.

3) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah  $\pm 7$  hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhinya.

4) Banyaknya

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

5) Disminorhea (Nyeri haid)

Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderitanya atau tidak di tiap haidnya. Nyeri haid juga

menjadi tanda bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid.

6) Riwayat hamil sekarang

Menurut (Walyani, 2015) yaitu :

(a) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Bidan ingin mengetahui tanggal hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira – kira sang bayi akan dilahirkan.

(b) TP (Taksiran Persalinan) / Perkiraan Kelahiran

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (*estimated date of delivery*) yang disebut taksiran partus (*estimated date of delivery*) di beberapa tempat. EDD di tentukan dengan perhitungan internasional menurut hokum Naegele. Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun. Contoh : jika HPHT adalah 10 Januari, dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari, diperoleh tanggal 17 Oktober. Jika HPHT 18 November, perhitungan akan mundur, yakni degan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1

tahun sehingga EDD-nya 25 Agustus. Kadang – kadang perhitungan bergeser ke bulan berikutnya. Anggap saja HPHT adalah 26 September. Hitung mundur dengan mengurangi 3 bulan, maka diperoleh bulan Juni tanggal 26. Sekarang tambahkan 7 hari dan 1 tahun, maka akan didapat 3 Juli (bulan Juni hanya 30 hari).

#### 7) Imunisasi TT

Tanyakan pada klien apakah sudah pernah mendapatkan imunisasi TT. Apabila belum, bidan bisa memberikannya. Imunisasi tetanus toxoid diperlukan untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum, imunisasi dapat dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3 – 5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan penyuntikkan secara IM (intramuscular), dengan dosis 0,5 ml (Walyani, 2015).

#### f) Riwayat kehamilan yang lalu

Informasi esensial tentang kehamilan yang terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi saat kehamilan berakhir ataupun komplikasi yang menyertai kehamilan ( Marmi, 2011).

g) Riwayat persalinan yang lalu

Riwayat melahirkan *praterm* meningkatkan risiko 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 (Manuaba, 2010).

h) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lokia yang normal. Ibu dengan riwayat pengeluaran lokia purulenta, lokia statis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu menyusui kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010).

i) Kehamilan sekarang

Jadwal pemeriksaan hamil dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standart minimal 10 T yaitu : timbang, ukur tekanan darah, nilai status gizi ( ukur LILA),

tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), ukur tinggi fundus uteri, pemberian minimal TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes laboratorium, tatalaksana kasus, dan temu wicara dalam persiapan rujukan ( Saifuddin, 2009).

j) Keluarga berencana

Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *Estimated Date of Delivery (EDD)* dan karena penggunaan metode lain dapat membantu “menanggali kehamilan”. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik, dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaian alat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2010).

k) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Menurut (Saifuddin, 2014) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan:

(a) Kalori

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

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

(b) Protein

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

(c) Kalsium

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

(d) Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500  $\mu\text{g}$ , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama

teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

(e) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram perhari. Sumber makanan yang mengandung asam folat diantaranya produk sereal dan biji-bijian misalnya, sereal, roti, nasi dan pasta. 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, 2011).

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

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

## 3) Istirahat

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

#### 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, 2011). Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2014).

#### 5) Personal Hygiene

Menurut (Marmi, 2011) personal hygiene sangat diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi. Kebersihan yang perlu diperhatikan selama kehamilan meliputi:

- (a) Pakaian yang baik untuk wanita hamil ialah pakaian yang enak dipakai tidak boleh menekan badan. Penggunaan Bra yang dapat menopang payudara agar mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran payudara.
- (b) Sepatu atau sandal hak tinggi, akan menambah lordosis sehingga sakit pinggang akan bertambah.

(c) Perawatan gigi, hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis, hyperemesis gravidarum, hypersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar gigi. Pemeriksaan gigi saat hamil diperlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi penyebab infeksi.

(d) Pemeliharaan payudara

Mempersiapkan payudara untuk proses laktasi dapat dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu menggunakan perasat Hoffman.

(e) Kebersihan genetalia

Kebersihan vulva harus dijaga betul-betul dengan lebih sering membersihkannya, memakai celana yang selalu bersih, jangan berendam dan lain-lain.

6) Riwayat seksual

Menurut (Manuaba, 2010) Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau jika hubungan seksual panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual,

terdapat pengeluaran cairan (air) yang mendadak, hentikan pada mereka yang sering mengalami keguguran; persalinan sebelum waktunya; mengalami kematian dalam kandungan; sekitar dua minggu menjelang persalinan.

Menurut (Saifuddin, 2014), pada umumnya koitus diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati. Pada akhir kehamilan jika kepala sudah masuk rongga panggul, koitus sebaiknya dihentikan karena dapat menimbulkan perasaan sakit dan perdarahan.

1) Riwayat ketergantungan

a) Merokok

Wanita yang merokok selama masa hamil juga meresikokan janinnya mengalami penurunan perfusi uteroplacenta dan penurunan oksigenasi.

Bayi yang lahir dari wanita yang merokok lebih dari ½ pak per hari cenderung lebih kurus daripada

bayi yang lahir dari wanita bukan perokok. Selain itu, bayi yang lahir dari lingkungan rumah yang penghuninya merokok mengalami efek jangka

panjang. Peningkatan insiden *Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*, penyakit meningokokus, pneumonia, asma, bronkitis, demam dan infeksi telinga (Manuaba, 2010).

b) Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin (*Fetal alcohol syndrome* [FAS]), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil (Saifuddin, 2014).

c) Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalitas (Manuaba, 2010).

2) Dukungan situasional

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi wanita hamil, terutama dari orang terdekat apalagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2011).

3) Latar belakang sosial budaya

Hal penting yang biasanya berkaitan dengan masa hamil yaitu menu untuk ibu hamil, misalnya ibu hamil harus pantang terhadap makanan yang berasal dari

daging, ikan, telur dan goreng-gorengan karena kepercayaan akan menyebabkan kelainan pada janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal dan pemulihan kesehatannya akan lambat. Dengan banyaknya jenis makanan yang harus ia pantangi, maka akan mengurangi juga nafsu makannya, sehingga asupan makanan malah jadi semakin berkurang, produksi ASI juga akan berkurang (Romauli, 2011).

4) Psikososial dan spiritual ibu hamil trimester III

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

## 2. Data obyektif

### 1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum ibu baik, keadaan emosional stabil, kesadaran komposmetis. Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan. Ibu cenderung bersikap lordosis. Apabila ibu berjalan dengan sikap kifosis, skoliosis atau pincang maka kemungkinan ada kelainan panggul (Romauli, 2011).

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah 2 tungkai (Saifuddin, 2014).

### 2) Tanda-tanda vital

#### a) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, berisiko mengalami preeklampsia (Marmi, 2011).

Pada umumnya normal. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklampsia ringan (Manuaba, 2010).

b) Nadi

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

c) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah  $36-37,5^{\circ}\text{C}$ . Bila suhu tubuh lebih dari  $37^{\circ}\text{C}$  perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

d) Pernafasan

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

3) Antropometri

a) Tinggi badan

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

b) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar

0,5 kg/ minggu (Manuaba.2010:117). Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Saifuddin, 2014).

c) Lingkar lengan atas (LILA)

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

4) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

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

b) Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris,

bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2014).

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Beaty, 2012).

d) Mulut

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

e) Gigi

Adanya *caries* atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan *emesis* atau *hiperemesis gravidarum*. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi ( Saifuddin, 2010).

## f) Leher

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

## g) Payudara

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

## h) Abdomen

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

condong ke depan. Linea nigra dapat terlihat sebagai garis berwarna gelap akibat pigmentasi yang terletak memanjang di bagian tengah abdomen di bawah dan terkadang di atas umbilikus. BSC (Bekas *Sectio Caesarea*) dapat mengindikasikan adanya operasi abdomen atau obstetrik yang pernah dilakukan sebelumnya (Fraser, 2009).

i) Genetalia

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriiasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2011).

j) Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatkan kadar hormone yang melemahkan dinding vena dibagian anus. Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena diarea panggul.

Hemorid dibagi menjadi 4 yaitu :

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

Derajat 2 : benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar

Derajat 3 : benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apabila dimasukkan keluar lagi

Derajat 4 : benjolan besar, disertai darah ( Saifudin, 2010).

k) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Marmi, 2011). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon ditekuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre eklamsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1. Kemungkinan kekurangan vitamin B1 dapat menyebabkan perdarahan pada bayi, menambah kemungkinan perdarahan post partum dan atrofi dari ovarium (Romauli, 2011).

## 5) Pemeriksaan khusus

### a) Palpasi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan cara meraba dengan tujuan untuk mengetahui adanya kelainan mengetahui perkembangan janin ( Romauli, 2011).

#### 1) Leopold I

Menurut (Muflihah, 2014) Mengetahui bagian janin yang ada di fundus dan mengukur tinggi fundus uteri (TFU). Caranya dengan meminta klien menekuk kakinya, dan abdomen dikumpulkan ke tengah untuk menentukan fundus uteri. Abdomen bagian atas kemudian diraba, apakah lunak atau keras. Jika lunak maka bokong, dan jika keras maka keterangan :

(a) Apabila kepala janin di bagian fundus, yang akan teraba adalah keras, bundar, dan melenting (seperti mudah digerakkan).

(b) Apabila bokong janin teraba di bagian fundus, yang akan terasa adalah luna, kurang bundar, dan kurang melenting.

(c) Fundus kosong apabila posisi janin melintang pada Rahim.

Kaji juga usia gestasi untuk menentukan apakah terjadi kelainan atau tidak. Tinggi fundus uteri(TFU) dapat

digunakan untuk menentukan usia kehamilan atau menentukan berat janin. TFU diukur dengan meteran dari fundus ke simfisis pubis.

Menurut S piegelberg, dengan jalan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis pubis, maka diperkirakan usia kehamilan seperti pada tabel 2.14

Tabel 2.15  
Usia Kehamilan Berdasarkan TFU

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

Sumber: Jannah.2012

## 2) Leopold II

Tujuan pemeriksaan leopold II adalah untuk menentukan bagian janin yang ada di samping kanan dan kiri perut ibu. Caranya meraba salah satu sisi samping perut ibu dengan menekan sisi lainnya. Hasil pemeriksaan berupa punggung kanan (puka) atau punggung kiri (puki). Bagian punggung akan teraba jelas, rata, cembung, kaku / tidak dapat digerakkan. Bagian – bagian kecil (tangan dan kaki) akan teraba kecil, bentuk / posisi tidak jelas dan menonjol,

kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif. Teknik pemeriksaan :

a) Menghadap ke kepala pasien, letakkan kedua tangan pada kedua sisi perut ibu dan tekan secara lembut tapi dalam.

b) Tahan satu tangan di satu sisi perut pasien sementara permukaan jari padatan yang lain secara bertahap memalpasi abdomen ibu di sisi yang lain, dari segmen atas ke bawah uterus. Lakukan serupa pada sisi abdomen yang lain.

c) Palpasi janin.

Variasi Budin : Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin.

Variasi Ahfeld : Menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tangan perut (Manuaba, 2010).

3) Leopold III

Tujuan pemeriksaan leopold III adalah untuk menentukan presentasi janin dan apakah sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau belum. Teknik pemeriksaan :

- a) Pegang bagian bawah abdomen secara mantap tepat diatas simfisis pubis, di antara ibu jari dan jari – jari salah satu tangan.
- b) Tekan ibu jari dan jari – jari tangan bersamaan sebagai usaha untuk memegang bagian presentasi janin.

Keterangan :

Jika kepala masih bisa digoyang maka kepala belum masuk PAP. Pada tahap ini boleh dilakukan pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ), karena letaknya antara punggung dan kepala ( Marmi, 2011).

#### 4) Leopold IV

Menurut (Marmi, 2011) langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV yaitu:

- (1) Periksa mengubah sikapnya menjadi ke arah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi 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 dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar

Jadi, Leopold IV untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Menurut Romauli, 2011 jika kita rapatkan kedua tangan pada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar dan:

- (a) Kedua tangan itu konvergen, hanya bagian kecil dari kepala turun ke dalam rongga.
- (b) Jika kedua tangan itu sejajar, maka separuh dari kepala masuk ke dalam rongga panggul.
- (c) Jika kedua tangan divergen, maka bagian terbesar dari kepala masuk ke dalam rongga panggul dan ukuran terbesar dari kepala sudah melewati pintu atas panggul.

b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Berikut disajikan tabel 2.15 mengenai perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan cm :

Tabel 2.16  
Perkiraan Usia Kehamilan dalam Minggu dan TFU dalam cm

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simpisis

		pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm ( $\pm$ 2 cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ( $\pm$ 2 cm)	-
28 minggu	28 cm ( $\pm$ 2 cm)	Di tengah antara umbilicus dan prosessus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ( $\pm$ 2 cm)	-
36 minggu	36 cm ( $\pm$ 2 cm)	Pada prosessus sifoideus

Sumber : Saifuddin, 2009

c) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Menurut (Jannah, 2012) untuk mengukur TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

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

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah.

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

Tabel 2.17

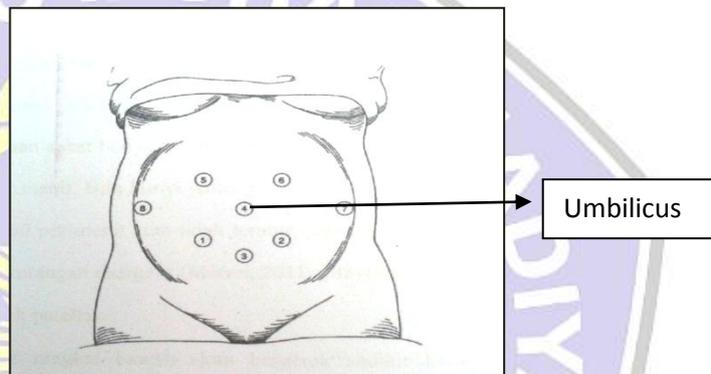
Tafsiran Berat Janin Berdasarkan Usia Kehamilan

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

Sumber : Manuaba, 2010

## d) Auskultasi

Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 140 denyut permenit (Manuaba, 2012). Bila bunyi jantung kurang dari 120 per menit atau lebih dari 160 per menit atau tidak teratur, maka janin dalam keadaan asfiksia (kekurangan oksigen) (Marmi, 2011). Letak puctum maksimum dapat dilihat dalam dilihat pada gambar 2.6



Gambar 2.17

Letak Punctum Maksimun Setelah Minggu ke- 26 Gestasi Pada Posisi Normal

Sumber: Wheeler.2009

## Keterangan :

Gambar ini untuk mencari letak DJJ, posisi umbilikus berada pada angka 4. Posisi 1 dan 2 mula-mula dengarkan dipertengahan kuadran bawah abdomen. Posisi 3 jika DJJ tidak ditemukan, dengarkan di pertengahan garis imajiner yang di tarik dari umbilikus sampai pertengahan puncak rambut pubis. 4 jika tidak ditemukan dengarkan langsung di atas umbilikus. 5 dan 6 jika belum ditemukan, dengarkan di pertengahan kuadran atas abdomen. 7 dan 8 jika belum

ditemukan, dengarkan 4 inci dari umbilicus, mendekati panggul (Wheeler, 2009).

Jika presentasi kepala DJJ terdengar disebelah kiri/kanan di bawah pusat. Jika sungsang DJJ terdengar disebelah kiri/kanan di atas pusat. Pada lintang terdengar setinggi pusat kanan/kiri.

Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

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

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2.

#### e) Pemeriksaan Panggul

Menurut (Marmi, 2011) Persalinan dapat berlangsung dengan baik atau tidak antara lain tergantung pada luasnya jalan lahir yang terutama ditentukan oleh bentuk dan ukuran-ukuran panggul. Bentuk – bentuk panggul wanita

Menurut Caldwell-Moloy ada empat bentuk panggul (pelvis) pada wanita

(a) *Panggul Ginekoid*

Panggul yang paling ideal. Diameter anteroposterior sama dengan diameter transversa bulat. Jenis ini ditemukan pada 45% wanita.

(b) *Panggul android*

Bentuk Pintu atas panggul hamper segitiga. Umumnya, pada panggul pria. Panjang diameter transversa dekat dengan sacrum. Pada wanita ditemukan 15%.

(c) *Panggul antropoid*

Bentuk pintu atas panggul agak lonjoong seperti telur. Panjang diameter anteroposterior lebih besar dari pada diameter transversa. Jenis ini ditemukan 35% pada wanita.

(d) *Panggul platipeloid*

Panggul platipeloid merupakan panggul pincang. Diameter transversa lebih besar dari pada diameter anteroposterior, menyempit arah muka belakang. Jenis ini ditemukan pada 5% wanita.

Pemeriksaan panggul dibagi menjadi 2, yaitu:

(1) Pemeriksaan Panggul Luar

(a) *Distantia spinarum*, jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (normalnya  $\pm$  23-26 cm).

(b) *Distantia cristarum*, jarak antara crista iliaca kanan dan kiri (normalnya  $\pm$  26-29 cm).

(c) *Conjungata eksterna* (baudeloque), jarak antara pinggir atas symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-V (normalnya  $\pm$  18-20 cm).

(d) Ukuran lingkaran panggul, dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior superior dan trochanter major sepihak dan kembali melalui tempat-tempat yang sama dipihak yang lain (normalnya 80-90) (Marmi, 2014).

(2) Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Dengan pemeriksaan dalam kita dapat kesan mengenai bentuk panggul. Didapatkan hasil normal bila promontorium tidak teraba, tidak ada tumor (exostose), linea innominata teraba sebagian, spina ischiadica tidak teraba, *os. sacrum* mempunyai inklinasi ke belakang dan sudut arkus pubis  $> 90^\circ$ .

## 6) Pemeriksaan penunjang

## a) Pemeriksaan darah

(1) *Hemoglobin*

Nilai batas normal untuk anemia pada perempuan hamil di trimester pertama dan ketiga yaitu tidak kurang 11,0 g/dl, sedangkan di trimester kedua tidak kurang 10,5 g/dl (Saifuddin, 2011).

Tabel 2.18  
Hasil Pemeriksaan Kadar Hemoglobin

Kadar Hb (gr%)	Kriteria
11	Tidak anemia
9-10	Anemia ringan
7-8	Anemia sedang
$\leq 7$	Anemia berat

Sumber : Manuaba, 2010

## (2) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, amniosentesis, atau trauma uterus, harus diberi anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser, 2009).

b) Pemeriksaan urin

Menurut (Cooper, 2009) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin antara lain:

- 1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan , disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.
- 2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.
- 3) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

c) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yakni untuk menentukan taksiran partus dan menentukan apakah terjadi gestasi multipel. Selain untuk menentukan taksiran persalinan, pemeriksaan yang dilakukan pada minggu ke-14 dan ke-16 mengungkap hampir seluruh kehamilan kembar dan pemeriksaan pada minggu ke-18 sampai ke-20 memberi

informasi tentang kelainan struktur pada bayi (Romauli, 2011).

d) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011).

B. Diagnosis

Dari hasil pemeriksaan harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida tau multigravida, atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil, berapa usia letak janin, apakah intrauterine, serta penggolongan ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan ( Manuaba, 2010).

C. Intervensi

Diagnosa : G...P...A...P..I...A...H... usia kehamilan ... minggu, janin hidup, tunggal untrauteri, panggul normal, dan keadaan umum baik.

Tujuan :

1. Ibu dapat mengetahui kesehatan diri dan bayinya, kehamilan dapat berlangsung normal dan dapat lahir pervaginam
2. Ibu merasa puas akan pelayanan yang diberikan oleh petugas

Kriteria :

a) Kesejahteraan ibu

- 1) Keadaan umum ibu baik

2) Kesadaran composmentis

3) TTV ibu dalam batas normal

(a) Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg

(b) Nadi : 68-90x/menit

(c) Suhu : 36,5-37,5°C

(d) Pernafasan : 16-20x/menit

(e) Berat badan : 12,5-17,5 kg untuk wanita dengan berat badan normal selama hamil (IMT 19,8-26). Kenaikan berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2009).

(f) TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu untuk usia kehamilan 28 minggu TFU 3 jari atas pusat, 32 minggu pertengahan pusat-prosesus xiphioideus, 36 minggu TFU 3 jari di bawah prosesus xiphioideus, dan 40 minggu TFU pertengahan pusat- prosesus xiphioideus (px).

(g) Pemeriksaan labolatorium

(1) Hb  $\geq$  11 gr

(2) Protein urine negatif

(3) Reduksi urine negatif

Intervensi menurut (Varney, 2009) :

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

- 2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- 3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene, aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

R/Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

- 4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

- 5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta

meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011).

- 6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

- 7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

- a) Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Sulistyawati (2011)

- 1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

R/ Ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

- 2) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R/Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

- 3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

R/Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

5) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R/Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal longarkan tekanan pada vena-vena panggul.

b) Masalah 2 : Nokturia

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria :

1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010) :

1. Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

R/Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

2. Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

3. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

4. Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

- c) Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi menurut Hanni (2011) :

1. Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur  
R/Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.
2. Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet  
R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras
3. Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)  
R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB
4. Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

- d) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

- 1) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak
- 2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut (Sulistyawati, 2011) :

1. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

2. Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi

R/Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

3. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R/Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

4. Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

5. Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R/Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

6. Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

e) Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria :

- 1) Kram pada kaki berkurang.
- 2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut (Varney, 2008) :

- 1) Jelaskan penyebab kram kaki

R/Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

- 2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

R/Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O<sub>2</sub> ke jaringan sel terpenuhi.

- 3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

- 4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R/Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

- 5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

- 6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

f) Masalah 6 : Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O<sub>2</sub> ibu terpenuhi

Kriteria :

1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit

2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi Menurut (Saifuddin, 2010) :

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R/Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus.

2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R/Menghindari penekanan diafragma.

3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/Merelaksasi otot-otot.

4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R/Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O<sub>2</sub>.

5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

g) Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria :

- a) Pusing berkurang
- b) Kesadaran composmetis
- c) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

Intervensi menurut (Varney, 2008):

1. Jelaskan pada ibu penyebab pusing  
R/Ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.
2. Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.  
R/Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.
3. Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.  
R/Kekurangan O<sub>2</sub> karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.
4. Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.  
R/Sirkulasi O<sub>2</sub> ke otak lancar.

h) Masalah 8 : Nyeri punggung bawah

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut (Prawirohardjo, 2008) :

2. Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun.

Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekuk kaki.

R/Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

3. Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

4. Anjurkan tidur miring kirir dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

5. Gunakan sepatu tumit rendah.

R/Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

6. Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R/Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

i) Masalah 9 : Varices

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi menurut (Sulistyawati, 2011) :

1) Kenakan kaos kaki penyokong.

R/Penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

2) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

R/Meningkatkan aliran balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varises.

4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

R/Latihan ringan dan berjalan secara teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi.

5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaa korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

j) Masalah 10 : Panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

Kriteria :

- 1) Tidak kembung
- 2) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi Menurut (Saifuddin, 2008) :

1. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormon progesteron, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R/Ibu mengerti penyebab timbulnya panas dan nyeri di ulu hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

2. Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

R/Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

3. Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas.

R/Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

4. Hindari rokok, kopi, alkohol, dan cokelat.

R/Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

5. Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur.

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

6. Hindari minum selain minum air putih.

R/Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

7. Tidur dengan kaki ditinggikan.

R/Memperlancar aliran darah uteroplasenter, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.

8. Berikan antasida

R/Antasida adalah obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada.

k) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang.

Kriteria :

- 1) Ibu tampak tenang dan rileks
- 2) Ibu tampak tersenyum
- 3) Suami dan keluarga memberi dukungan.

Intervensi Menurut (Varney, 2008) :

1. Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan.

R/Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal.

2. Anjurkan ibu mandi air hangat.

R/Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman.

3. Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

R/Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan.

#### D. Implementasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan dalam (Sunarti, 2013), bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan KH :

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dri klien dan atau keluarganya ( inform consent)

3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standart
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

#### E. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan dalam (Sunarti, 2013), tentang standart ashan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

## F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan dalam (Sunarti, 2013), tentang standart ashan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria :

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evalasi dan rujukan.

## 2.2.2 Asuhan Kebidanan Persalinan

### A. Pengkajian Data

#### 1. Data Subyektif

##### a) Nama

Untuk menetapkan identitas pasti pasien karena mungkin memiliki nama yang sama dengan alamat dan nomor telepon yang berbeda (Manuaba, 2012).

##### b) Usia

Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea (Fraser, 2009). Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisiposi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklapsia dan abrupsi plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney, 2008).

##### c) Keluhan utama

Menurut (Manuaba, 2012) tanda-tanda persalinan adalah:

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya

teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut (Manuaba, 2012) adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

d) Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

1) Penyakit Jantung

Perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada pasien yang telah mengalami antrialis fibilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/ autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin. (Saifuddin, 2010). Menurut (Manuaba, 2012) stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu :

Klas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa.

Klas II : Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah,

palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).

Klas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.

Klas IV : Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan II.

#### 2) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser, 2009).

#### 3) Anemia

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala pertama dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala empat dapat

terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2012).

4) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Cooper, 2009).

5) Diabetes melitus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser, 2009).

e) Riwayat kebidanan

a) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Riwayat melahirkan *preterm* meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan *preterm* lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran *preterm* dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan.

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. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38<sup>0</sup>C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38<sup>0</sup>C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi

infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2012:201).

b) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

Menurut (Saifuddin, 2014) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT<sub>5</sub>), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2012).

c) Pola kehidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2009).

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat terkompresi diantara gelang pelvik dan kepala janin. Risiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengalami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser, 2009). Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam, atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Periksa kandung kemih sebelum memeriksa denyut jantung janin (Wiknjosastro, 2009). Anjurkan ibu untuk buang air besar jika perlu. Jika ibu ingin buang besar saat fase aktif, lakukan periksa dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu

bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum (Wiknjosastro, 2009).

## 2. Data Obyektif

### 1) Pemeriksaan Umum

#### a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran komposmetis, postur tubuh, pada saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, skoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011).

#### b) Tanda-tanda vital

##### (1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali keningkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney,dkk.

2007:686). Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat

posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (Fraser, 2009).

#### (2) Nadi

Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat (Cooper, 2009).

#### (3) Suhu

Suhu tubuh pasien meningkat selama persalinan, yang dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5 sampai 10<sup>0</sup>C (Varney, 2008)

#### (4) Pernapasan

Pernafasan normal 16-24 kali per menit ( Romauli, 2011). Sedikit peningkatan pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Dewi, 2016).

## 2) Pemeriksaan fisik

### a. Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklampsia (Saifuddin, 2014).

### b. Mata

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

### c. Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney, 2008).

### d. Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya

terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012).

e. Payudara

Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui (Varney, 2008).

f. Abdomen

Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih (Wiknjosastro, 2008: 42–43). Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan ntuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma

pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney, 2008).

g. Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (Wiknjosastro, 2008). Pada kala II keluarnya darah secara tiba-tiba, tampak tali pusat menjulur di depan vulva menandakan pelepasan plasenta, terjadi robekan perineum yang dibagi menjadi 4 yaitu :

Tabel 2.19  
Derajat Laserasi

No.	Derajat laserasi	Lokasi derajat
1.	Derajat satu	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
2.	Derajat dua	Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum
3.	Derajat tiga	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan spingter ani

4.	Derajat empat	Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, spingter ani dan dinding depan rectum
----	---------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber : (Wiknjosastro, 2008)

#### h. Anus

Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu (Wiknjosasto, 2008).

#### i. Ekstremitas

Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney, 2008).

### 3) Pemeriksaan khusus

#### a. Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Cooper, 2009).

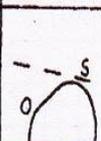
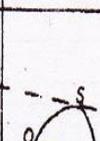
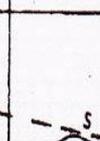
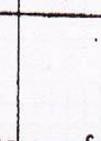
#### b. Cara mentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut:

(tinggi fundus dalam cm - n)  $\times$  155 = berat (gram). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n = 12. Bila kepala di bawah spina iskiadika maka n = 11 (Romauli, 2011).

- c. Penurunan bagian terbawah janin menurut (Wiknjastro, 2008): Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan).

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

S=sinsiput  
O=oksiput

Gambar 2.18  
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaanan

Sumber : [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 4 Februari 2019)

- d. Auskultasi

Penilaian denyut jantung janin (DJJ) selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal

60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit.

Bila demikian, baringkan ibu ke sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Pada saat persalinan penting diketahui sifat denyut jantung janin (cepat, lambat, dan tak teratur). Cara menghitung bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah :

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

Jadi, kesimpulannya interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan kelima dalam 1 menit tidak boleh lebih dari 2.

e. His

His kala II, His semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2012). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

1) Kala I

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif

2) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008).

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008).

#### 4) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam menurut Mochtar (2012), yaitu pembukaan serviks dalam cm atau jari; pendataran serviks (effacement) tipis atau tebal; bagian terbawah janin (kepala, bokong, serta posisinya); turunnya kepala menurut bidang hodge; ketuban sudah pecah atau belum, menonjol atau tidak; promontorium teraba atau tidak, linea inominata tidak teraba seluruhnya; sakrum cekung; spina ischiadika tidak menonjol; sudut arcus pubis cukup lebar. Pemeriksaan dalam dilakukan setelah selaput ketuban pecah, dan bila terdapat tanda gejala kala II untuk memastikan bahwa pembukaan sudah lengkap.

#### 5) Pemeriksaan panggul

Menurut (Wiknjosastro, 2008) dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- a) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul
- b) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul
- c) Spira ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul

- d) Sudut arcus pubis  $> 90^\circ$ , bila kurang berarti ada kesempitan panggul
  - e) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis.
- 6) Pemeriksaan penunjang
- a) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton, dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energi yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non-diabetik yang baru saja mengonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intravena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya pre eklamsi (Fraser, 2009).

- b) Darah

Yang diperiksa adalah golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbsAg (Romauli, 2011).

## B. Diagnosa kebidanan

- 1) Diagnosa : G...P...A... UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI,II,III,IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :
  - a) kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2008)
  - b) kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi poses persalinan (Wiknjosastro, 2008).
  - c) Kala III dengan kemungkinan masalah :
    - (1) Letih
    - (2) Infeksi
    - (3) Kram kaki atau tungkai (Varney, 2008)
- 2) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik
- 3)  $P \geq 1$  kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut (Wiknjosastro, 2008) : antonia uteri, robekan vagina, perenium atau serviks dan subinvolusi sehubungan dengn kandung kemih penuh.

## C. Intervensi

$G_{\geq 1}P_{0>}$  UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI,II,III,IV, kepala sudah masuk

PAP keadaan jalan lahir normal, KU baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

1. KU baik, kesadaran komposmentis
2. TTV dalam batas normal  
T : 100/60-130/90 mmHg  
S : 36-37°C  
N : 80-100x/menit  
R : 16-24x/menit
3. His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
4. Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mul0ti gravida <7 jam
5. Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
6. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
7. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit
8. Plasenta lahir spontan, lengkap
9. Perdarahan >500 cc

a) Kala I :

- (1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan meliputi kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin.

R/Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Varney, 2008).

- (2) Jelaskan pada ibu tentang proses persalinan.

R/Semakin jalan lahir membuka, ibu akan merasakan kenceng-kenceng yang semakin sering dan lama. Ibu juga akan mengeluarkan lendir darah yang semakin banyak dari jalan lahir. Ibu bisa mulai mengejan setelah pembukaan lengkap yaitu mencapai diameter 10 cm.

- (3) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya melalui mulut.

R/Teknik relaksasi dapat meningkatkan relaksasi dan berfungsi membersihkan jalan napas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi (Varney, 2008).

- (4) Observasi kemajuan persalinan ibu dengan lembar observasi dan partograf.

Tabel 2.20  
Frekuensi Minimal Penilaian dan Intervensi dalam Persalinan Normal

Frekuensi Minimal Penilaian dan Intervensi dalam Persalinan Normal Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam*	Setiap 4 jam*
Penurunan	Setiap 4 jam*	Setiap 4 jam*

Sumber : Saifuddin, Abdul Bari, 2007

R/Lembar observasi dan Partograf bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam; mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama (Wiknjosastro, 2008).

- (5) Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak berbaring terlentang.

R/Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplacenter sehingga akan

menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring telentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Wiknjosastro, 2008).

- (6) Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya (Wiknjosastro, 2008).

R/Pendamping persalinan mempunyai peranan penting dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu (Wiknjosastro, 2008).

- (7) Beri asupan nutrisi pada ibu dengan memberi ibu makan dan minum.

R/Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi yang dapat memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2008).

- (8) Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa.

R/Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala bayi. Selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia

bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca salin (Wiknjosastro, 2008).

- (9) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.

R/Menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat wanita (Varney, 2008).

- (10) Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering.

R/Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi (Varney, 2008).

- (11) Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau sewaktu-waktu bila ada indikasi seperti ketuban pecah dan adanya tanda-tanda kala II.

R/Untuk mengetahui kemajuan persalinan dan mengurangi resiko terjadinya infeksi akibat pemeriksaan dalam.

- (12) Gunakan teknik sentuhan fisik.

R/Sentuhan yang diberikan pada wanita (misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan) tanpa ada tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, memberi kenyamanan, dan pengertian serta dapat menentramkan, menenangkan, menghilangkan kesepian, dan sebagainya (Varney, 2008).

- (13) Berikan usapan pada punggung maupun abdomen.

Rasional: Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita (Varney, 2008).

b) Kala II

(1) Mengenali tanda dan gejala kala II.

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

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

(2) Menyiapkan pertolongan persalinan

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

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

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

R/Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

- (3) Pakai celemek plastik.

R/Clemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008).

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

R/Menjaga diri tetap steril dan bersih

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

R/Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dai setiap cairan atau rabas yang mungkin atau pathogen yang menular melalui darah (Varney.2008).

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

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

(a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.

(b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% ,langkah 9).

R/untuk menjaga kebersihan perineum dan vulva ibu

(8) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

(a) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.

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

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

(9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam

dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

(10) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.

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

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

c). Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran  
R/ persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif

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

R/Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta) menekan cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro.2008).

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

R/posisi sanga menentukan kenyamanan ibu saat bersalin

- (13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

- (a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- (b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- (c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- (d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.
- (e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- (f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).
- (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- (h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

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

R/Anjurkan ibu untuk jalan-jalan dapat mempercepat pembukaan vulva

- (15) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

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

- (16) Letakkan handuk bersih (untuk mngeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

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

- (18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

- (19) Persiapkan pertolongan kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

Kelahiran kepala.

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

R/Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.

- (21) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

R/Perast ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada disekliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney, 2008).

- (1) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

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

(22) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

Lahirnya bahu.

(23) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ meneran dapat membantu mempercepat keluarnya kepala bayi

Lahirnya badan dan tungkai.

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

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

R/ sangga susur diperlukan untuk menolong bayi baru lahir

Penanganan bayi baru lahir.

(26) Lakukan penilaian bayi baru lahir dengan 2 pertanyaan, yaitu:

(1) Apakah bayi menangis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?

(2) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(3) Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

(27) Keringkan tubuh bayi.

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

R/ agar tidak terjadi hipotermi dan bayi tetap hangat

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

(29) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

(30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas

bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

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

(32) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(1) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

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

(3) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

(33) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

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

## c) Kala III

Penatalaksanaan aktif persalinan kala III.

R/ Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

(35) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

(36) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

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

Mengeluarkan plasenta.

(38) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

- (a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.
  - (b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
  - (c) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
  - (d) Lakukan kateterisasi (aseptik) 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.
- (39) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
- (40) Rangsangan taktil (massage uterus).
- R/ Massage uterus merangsang kontraksi.

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

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

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

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

d) Kala IV

Menilai perdarahan.

Melakukan prosedur pasca salin.

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

(45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam atau lakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).

(a). Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung

10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

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

(46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

(47) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

- (a). Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

- (b). Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

(48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

- (a) 2-3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

- (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

- (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

- (d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang
  - (e) sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.
- (49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masage uterus dan menilai kontraksi.

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

- (50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- (51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit selama jam kedua post partum.
  - (a). Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.
  - (b). Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- (52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36°-37,5° C).
- (53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

- (54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- (55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.
- (56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- (57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

#### Dokumentasi

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

#### Kemungkinan masalah saat persalinan

##### 1. Masalah dalam Kala I :

- a) Nyeri menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa nyeri saat persalinan

Kriteria : Nyeri yang dialami ibu manpak berkurang

Intervensi menurut (Wiknjosastro, 2008) :

- 1) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Kecemasan menghadapi proses persalinan

Tujuan : Kecemasan ibu berkurang terhadap proses persalinan

Kriteria : Ibu merasa tenang

Intervensi menurut (Marmi, 2009) :

a) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

b) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

- c) Berikan usapan punggung  
R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.
- d) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipás.  
R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.
- e) Pemberian kompres panas pada punggung.  
R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

1. Masalah pada Kala II :

1) Kekurangan cairan

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : a) Nadi 76-100 x/menit

b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi menurut (Yeyeh, 2009):

a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- c) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir
- R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

## 2) Infeksi

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: Tanda-tanda vital:

- a) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)
- b) Suhu: 36-37,5
- c) KU baik
- d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut (Saifuddin, 2011) :

- 1) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- 2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam.

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

- 3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral.

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- 4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/Infeksi yang tidak segera tertangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

- 3) Kram Tungkai menurut (Varney, 2008)

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria: Sirkulasi darah lancar

Intervensi:

- a) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

- b) Atur posisi dorsofleksi

R/Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

- c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

- 4) 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 :

- 1) Bayi menangis kuat
- 2) Bayi bergerak aktif

Intervensi menurut Kepmenkes no 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan :

- 1) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi.

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

- 2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

- 3) *Bounding attachment* dan lakukan IMD

R/*Bounding attachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

4) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

5) Berikan salep mata.

R/ Salep mata sebagai profilaksis.

## 2. Masalah Pada Kala III :

### 1) Retensio plasenta

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria : Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

a) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(1) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(2) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut (Varney, 2009):

- a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.
- b) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.
- d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

3. Masalah Pada Kala IV :

1) Terjadinya atonia uteri

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria : 1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

2) Perdarahan <500cc

Intervensi menurut (Wiknjosastro, 2008) :

- 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 Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit 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 persai dan transfusi darah.

e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

2) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan :Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

b) Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut (Kamariyah, 2014)

- 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 infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.

(2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar.

(3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

3) Sub Involusio Uteri karena kandung kemih penuh

Tujuan : Involusi uterus berjalan normal

Kriteria : Tfu 2 jari dibawah pusat

Intervensi:

a). Lakukan pengosongan kandung kemih

R/ Kandung kemih yang penuh menghambat kontraksi

b). Lakukan massage pada fundus uteri

R/ Massage dapat merangsang kontraksi uterus.

#### D. Implementasi

Menurut Kepmenkes RI No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam ( Wiknjosastro, 2008) tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Dengan kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dri klien dan atau keluarganya ( inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien/pasien
- 5) Menjaga privacy klien/pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai standart
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

#### E. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan dalam (Sunarti, 2013), tentang standart ashan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

#### F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standart asuhan kebidanan dalam (Sunarti, 2013), tentang standart ashan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Dengan kriteria :

3. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
4. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu :

- S : Adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
- O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.



### 2.2.3 Konsep Dasar *Sectio cesarea*

#### A. Pengertian

*Sectio cesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut, *sectio cesarea* juga dapat didefinisikan sebagai suatu histektomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Mochtar, 2011).

#### B. Tipe-tipe *sectio cesarea*

##### 1. Segmen bawah : insisi melintang

Tipe *sectio cesarea* ini memungkinkan abdomen dibuka dan uterus di singkapkan. Lipatan *vesicouterina (bladder flap)* yang terletak dengan sambungan segmen atas dan bawah uterus ditentukan dan disayat melintang, lipatan ini dilepaskan dari segmen bawah dan bersama-sama kandung kemih di dorong ke bawah serta ditarik agar tidak menutupi lapang pandang.

##### a. Keuntungan

- a) Insisinya ada pada segmen bawah uterus
- b) Otot tidak di potong tetapi di pisah kesamping, cara ini mengurangi perdarahan
- c) Insisi jarang terjadi sampai plasenta
- d) Kepala janin biasanya di bawah insisi dan mudah diekstraksi
- e) Lapisan otot yang tipis dari segmen bawah rahim lebih mudah di rapatkan kembali dibandingkan segmen atas yang tebal

b. Kerugian

- a) Jika insisi terlampau jauh ke lateral, seperti pada kasus bayi besar
- b) Prosedur ini tidak dianjurkan kalau terdapat abnormalitas pada segmen bawah
- c) Apabila segmen bawah belum terbentuk dengan baik, pembedahan melintang sukar dikerjakan
- d) Kadang-kadang vena urinaria melekat pada jaringan cicatrix yang terjadi sebelumnya sehingga vesica urinaria dapat terluka

2. Segmen bawah : insisi membujur

Insisi membujur dibuat dengan skalpel dan dilebarkan dengan gunting tumpul untuk menghindari cedera pada bayi.

a. Keuntungan

Dapat memperlebar insisi keatas apabila bayinya besar, pembentukan segmen bawah jelek, ada malposisi janin seperti letak lintang atau adanya anomalia janin seperti kehamilan kembar yang menyatu.

b. Kerugian

Perdrahan dari tepi sayatan lebih banyak karena terpotongnya otot

### 3. *Sectio cesarea* Klasik

Insisi longitudinal di garis tengah dibuat dengan skalpel ke dalam dinding anterior uterus dan dilebarkan ke atas serta ke bawah dengan gunting berujung tumpul

#### a. Indikasi

- a) Kesulitan dalam menyingkapkan segmen bawah yaitu adanya pembuluh-pembuluh darah besar pada dinding anterior, vesica urinaria yang letaknya tinggi dan melekat dan myoma segmen bawah
- b) Bayi yang tercekam pada letak lintang
- c) Beberapa kasus *plasenta previa anterior*
- d) Malformasi uterus tertentu

#### b. Kerugian

- a) Myometrium harus dipotong, sinus-sinus yang lebar di buka, dan perdarahannya banyak
- b) Bayi sering diekstraksi bokong dahulu sehingga kemungkinan aspirasi cairan ketuban lebih besar
- c) Apabila plasenta melekat pada dinding depan uterus, insisi akan memotongnya dan dapat menimbulkan kehilangan darah dari sirkulasi janin yang berbahaya
- d) Insiden pelekatan isi abdomen pada luka jahitan uterus lebih tinggi
- e) Insiden ruptur uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi

#### 4. *Sectio cesarea ekstraperitonealis*

Pembedahan ini dikerjakan untuk menghindari perlunya histerektomi pada kasus-kasus yang mengalami infeksi luas dengan mencegah peritonitis generalisata yang sering bersifat fatal. Teknik pada prosedur ini relatif sulit, sering tanpa sengaja masuk ke dalam cavum peritonci dan insidensi cedera vesica urinaria meningkat

#### 5. *Histerektomi caesarea*

Pembedahan ini merupakan *sectio cesarea* yang dilanjutkan dengan pengeluaran uterus :

##### a. Indikasi

- a) Perdarahan akibat antonia uteri setelah terapi konservatif gagal
- b) Perdarahan yang tidak dapat dikendalikan pada kasus-kasus plasenta previa dan abruptioplacenta tertentu
- c) Pada kasus-kasus tertentu kanker servik atau ovarium
- d) Ruptur uteri yang tidak dapat diperbaiki
- e) Cicatrix yang menimbulkan cacat pada uterus

##### b. Komplikasi

- a) Angka morbiditasnya 20 %
- b) Darah lebih banyak hilang
- c) Kerusakan pada traktus urinarius dan usus termasuk pembentukan fistula
- d) Trauma psikologis akibat hilangnya rahim

### C. Indikasi *sectio cesarea*

Indikasi klasik yang dapat dikemukakan sebagai dasar *sectio cesarea* menurut Mochtar (2011) adalah :

- a. Plasenta previa sentralis dan lateralis (posterior)
- b. Panggul sempit
- c. Disproporsi sefalopelvik
- d. Ruptura uteri mengancam
- e. Partus lama
- f. Partus tak maju
- g. Distosia serviks
- h. Pre-eklamsi dan hipertensi
- i. Malpresentasi janin (letak lintang, letak bokong, presentasi dahi dan muka, presentasi rangkap, gemeli )

### D. Indikasi non- *sectio cesarea*

Selain indikasi medis terdapat indikasi non-medis yaitu sosial untuk melakukan *seksio sesarea*:

- 1) Artinya tidak ada kedaruratan persalinan untuk menyelamatkan ibu dan janin yang dikandungnya.
- 2) Indikasi sosial timbul karena permintaan pasien walaupun tidak ada masalah atau kesulitan dalam persalinan normal.
- 3) Persalinan yang dilakukan dengan seksio sesarea sering dikaitkan dengan masalah kepercayaan yang masih berkembang di Indonesia

- 4) Masih banyak penduduk di kota-kota besar mengaitkan waktu kelahiran dengan peruntungan nasib anak dilihat dari faktor ekonomi.
- 5) Adanya kekuatan ibu-ibu akan merusakkan jalan lahir (vagina) sebagai akibat dari persalinan normal, menjadi alasan ibu untuk memilih bersalin dengan cara *sectio cesarea*
- 6) Disisi lain persalinan dengan resiko *sectio cesarea* dipilih oleh ibu bersalin karena tidak mau mengalami rasa sakit dalam waktu yang lama. Hal ini terjadi karena kekhawatiran atau kecemasan menghadapi rasa sakit pada persalinan normal (Maryunani, 2014)

#### E. Kontra indikasi *sectio cesarea*

Menurut (Maryunani, 2014), kontra indikasi dari operasi *sectio cesarea*, yaitu :

- 1) Infeksi pada peritonium
- 2) Janin mati (tapi, janin mati bukan merupakan kontraindikasi mutlak, terlebih waktu yang digunakan untuk melahirkan janin mati secara pervaginam lebih lama dari pada waktu yang diperlukan untuk melahirkan janin perabdominam atau secara *sectio cesarea*
- 3) Kurangnya fasilitas dan tenaga ahli

#### F. Keuntungan *sectio cesarea*

Menurut (Mochtar, 2011) beberapa keuntungan dari *sectio cesarea* :

- a. Pengeluaran janin lebih cepat
- b. Tidak menyebabkan komplikasi tertariknya kandung kemih

- c. Sayatan dapat diperpanjang ke proksimal maupun distal

#### G. Kerugian *sectio cesarea*

Menurut (Mochtar, 2011) beberapa kerugian dari *sectio cesarea* yaitu :

- a. Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealisasi yang baik
- b. Pada persalinan berikutnya lebih mudah terjadi ruptur uteri spotan

#### H. Komplikasi

Menurut Oxorn dan forte (2010), komplikasi yang serius pada operasi *sectio cesarea*, yaitu :

##### 1) Perdarahan

Perdarahan pada *sectio cesarea* terjadi karena adanya antonia uteri pelebaran insisi uterus, kesulitan mengeluarkan plasenta dan hematoma ligamentum latum

##### 2) Infeksi

Infeksi *sectio cesarea* bukan hanya terjadi daerah insisi saja tetapi, dapat terjadi di daerah lain seperti traktus genitalia, traktus urinaria, paru-paru dan traktus respiratori atas

##### 3) Thromboplebitis

- 4) Cedera, dengan atau tanpa fistula bisa terjadi di traktus urinaria dan usus

##### 5) Dapat mengakibatkan obstruksi usus baik mekanis maupun paralitik

## 2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

### A. Pengkajian data

#### 1. Data Subyektif

##### b) Biodata

###### 1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010).

###### 2) Umur

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psiskisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

###### 3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien untuk berdoa (Kuswanti, 2014).

###### 4) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Marmi, 2015).

5) Suku/bangsa

Berpengaruh pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarwati, 2010).

6) Pekerjaan

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

7) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Kuswanti, 2014).

c) Keluhan utama

Menurut (Varney, 2008), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut:

a) *After pain*

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sementara-sementara) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke- 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi

atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi trauma dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

d) Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani, 2010).

e) Riwayat kesehatan

1) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi

dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae

## 2) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2012).

## 3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi)

## 4) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> (Manuaba, 2012).

## 5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut (Marmi, 2012) :

(1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung

sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(3) Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

6) Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser, 2009).

f) Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi tertentu (Cooper, 2009).

g) Riwayat kebidanan

1) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan

riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012).

## 2) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut Kb dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Kuswanti, 2014).

### h) Pola kebiasaan sehari-hari

#### 1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2014).

#### 2) Eliminasi

Segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat, menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak

lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pascapartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney, 2008).

Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2012).

### 3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014).

Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak

perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012).

#### 4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

#### 5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014).

## 6) Seksual

Hal yang perlu dikaji yaitu :

- 1) Frekuensi : berapa kali pasien melakukan hubungan seksual dalam seminggu.
- 2) Gangguan : apakah mengalami gangguan ketika melakukan hubungan seksual, seperti nyeri saat berhubungan

(Ambarwati, 2010).

### i) Riwayat Psikososial Spiritual

Menurut (Marmi, 2015), membagi fase nifas menjadi 3 bagian yaitu:

#### a) Fase *taking in*

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

#### b) Fase *taking hold*

Phase kedua masa nifas adalah phase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya

dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

c) Fase leting go

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

j) Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2012).

k) Latar belakang sosial budaya

Menurut (Saifuddin, 2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

1) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.

- 2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- 3) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- 4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusu.
- 6) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2012).
- 7) Kebiasaan membuang susu jolong.
- 8) Wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersenden ditempat tidur.

## 2. Data obyektif

Dalam melengkapi data dalam menegakkan diagnosa seorang bidan harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi yang dilakukan secara berurutan (Sulistyawati, 2009).

Langkah-langkah pemeriksaan antar lain :

1. Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Menurut (Sulistyawati, 2009) Mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria

1) Baik

Pasien di masukan dalam kriteria baik jika memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

2) Lemah

Pasien dimasukan dalam kriteria lemah jika kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien, dapat dilakukan dengan poengkajian derajat kesadaran dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai dengan *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Manuaba, 2011).

1) 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).

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2008).

c) Suhu

Suhu  $38^{\circ}\text{C}$  atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014).

d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan

cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Ambarwati, 2010).

## 2) Pemeriksaan fisik

### a) Mata

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

### b) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis (Sulistyawati, 2009).

### c) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014).

Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, 2008).

#### d) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2010).

Menurut (Varney, 2008), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

##### 1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

##### 2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi,

tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri.

Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

- 3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Menurut (Saifuddin, 2010), Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (a) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.
- (b) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.
- (c) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea

antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

(d) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya.

Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.

(e) Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.

(f) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot

rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

(g) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.

(h) Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan ke sisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasarat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

(i) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.

(j) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut : diastasis =  $\frac{2}{5}$  jari rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis = dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA  
(*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

a) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokia, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi (Varney, 2008). Setelah

persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil. Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lochia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2014).

b) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012).

5) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika

Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2012).

6) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut (Bahiyatun, 2009) yaitu :

a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya.

B. Diagnosa kebidanan

Diagnosa : P..A...P...I...A...H..., post partum hari ke ...., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney, 2008).

C. Intervensi

Diagnosa : P..A...P...I...A...H..., post partum hari ke ...., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara.

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

1. Keadaan umum : kesadaran komposmetis (Manuaba, 2012).
2. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
3. Tanda-tanda vital:

T : 110/70-130/90 mmHg N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5<sup>0</sup>C R : 16-24x/menit

4. Laktasi normal

Menurut (Marmi, 2015) Asi dibedakan menjadi 3 stadium:

- a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan

ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila Dipanaskan.

1) Involusi uterus normal

Tabel 2.21  
Involusi Uerus Normal Pada Ibu Nifas

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat-simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesarhamil 2 minggu
56 hari	Normal

Sumber : ( Manuaba, 2010)

2) Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna, merah dan hitam, lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2012).

3) KU bayi baik

R : 30-60x/menit

S : 36,5-37,5°C

Intervensi menurut (Sofian, 2012) :

- (1) Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R/Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2006).

(2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009).

(3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012:)

(4) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012)

(5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunitasi yang diberikan.

A. Masalah 1 : 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 menurut (Purwanti, 2012), yaitu :

(1) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi BAB

R/ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

- (2) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan memperbanyak air putih

R/Makanan berserat dapat memperlancar BAB

- (3) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

R/dengan istirahat cukup obat-obat dalam tubuh dapat rileks dan melancarkan sistem pencernaan

- (4) Berikan laksatif bila konstipasi parah

R/Laksatif dapat melunakkan feses sehingga feses bisa keluar.

B. Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut (Purwanti, 2012), antara lain :

- 1) Observasi luka jahitan perineum.

R/Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

- 2) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.

R/Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

- 3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- 4) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

C. Masalah 3 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut (Bahiyatun, 2009), antara lain:

- 1) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

- 2) Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

#### D. Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi.

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut (Bahiyatun, 2009), antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

- 3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara saat menyusui.

R/Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui.

R/Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkonstriksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

R/Pengsongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 7) Berikan terapi parasetamol/asetaminofen.

R/Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri.

#### D. Implementasi

1. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
2. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup dan unukt memulihkan tenaganya
3. Menjelaskan pada ibu akibat kurang istirahat akan mengurangi produksi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri
4. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap
5. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama daerah perineum yaitu bersihkan dengan air bersih dan sabun, mengganti pembalut swtidaknya dua kali sehari
6. Memberikan penjelasan tentang manfaat ASI yang menandung bahan yang diperlukan oleh bayi, mudah dicerna, memberikan perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih, siap untuk minum dan hemat biaya
7. Memberikan konseling tentang perawatan payudara yaitu menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu, menggunakan BH yang menyongkong payudara, apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting setiap kali menyusui
8. Memberitahu ibu untuk makan yang banyak dan bergizi seperti lauk-pauk dan sayur-sayuran agar produksi air susu tetap banyak

9. Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, mencegah perdarahan dan ASI lancar ( Marmi, 2010).

#### E. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif ( Muslihatun, 2010).

#### F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI (2007) dalam ( Muslihatun, 2010), pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

## 2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

### A. Pengkajian data

#### 1. Data subyektif

##### a) Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012).

##### b) Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010). Terjadi seborrhea, milliariasis, muntah dan gumoh, *oral thrush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012)

##### c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2008).

d) Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2012).

e) Riwayat post natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi

berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 .

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

Bayi menyusu setiap 1-8 jam. Menyusu biasanya jarang pada hari pasca partum. Frekuensi meningkat dengan cepat antara hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran (Walsh, 2012).

## 2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2012).

Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, 2009). BAK bayi normalnya mengalami berkemih

8 sampai 10 kali atau popok kotor per hari (Walsh, 2012).

3) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marmi, 2012).

4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu.

Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, .2012).

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2014).

## 5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifudin, 2014).

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2012).

### g) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, 2009).

## 2. Data Obyektif

### 1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$  ( Wiknjosastro, 2009). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan ( Saifuddin, 2010).

### 2) Tanda-tanda vital

#### a) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2014). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang  $36,5$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  dan suhu kulit abdomen dalam rentang  $36$ - $36,5^{\circ}\text{C}$  (Varney, 2008).

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya  $1^{\circ}$  (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ ) (Walsh, 2012). Suhu aksila  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$  sedangkan suhu kulit  $36^{\circ}\text{C}$ - $36,5^{\circ}\text{C}$  (Cooper, 2009).

b) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama  $\pm$  80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10–15 menit (Wiknjastro, 2005:255). Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernafasan 30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2014). Pola pernafasan bervariasi sesuai awitan pernafasan. Pernafasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernafasan pada bayi baru lahir dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai 60 kali per menit. Pernafasan merupakan pernafasan diafragma dan abdomen (Varney, 2008).

c) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjastro, 2008). Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat (Walsh, 2012).

### 3) Antropometri

#### a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik (Wiknjosastro, 2008).

Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2014).

#### b) Panjang badan

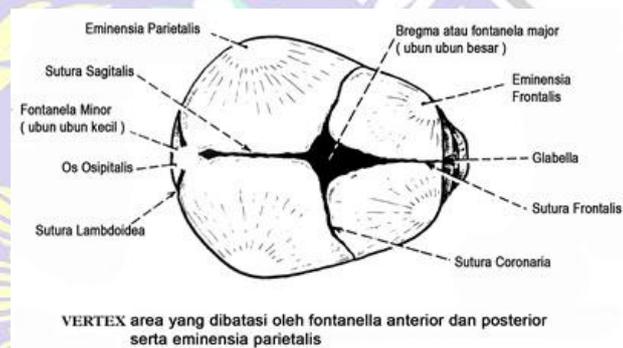
Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Varney, 2008).

#### c) Ukuran kepala menurut (Winkjosastro, 2008)

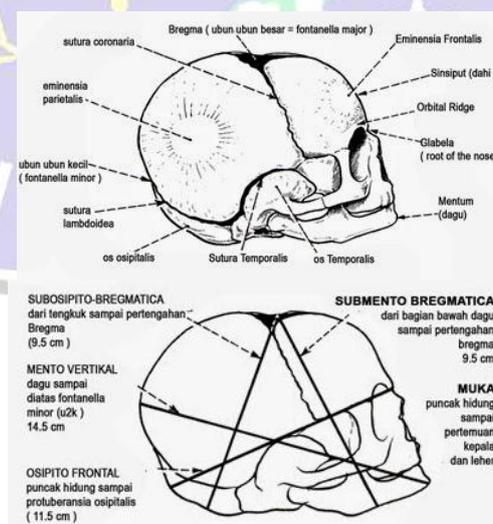
meliputi:

- (1) Dimeter suboksipito-bregmatikus : 9,5-10 cm
- (2) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm
- (3) Diameter oksipito metalis : 13,5-15 cm

- (4) Diameter submento-bregmatika: 9,5-10 cm
- (5) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- (6) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- (7) Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus : 33-34 cm
- (8) Sirkumferensia submento-bregmatikus : 32-33 cm
- (9) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35 cm
- (10) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5 cm



Gambar 2.19  
 Ubun-ubun sutura dan diameter kepala bayi yang cukup bulan  
 Sumber : Manuaba, 2010



Gambar 2.20  
 Ukuran-ukuran kepala bayi  
 Sumber : Manuaba, 2010

- d) Lingkar dada : 33-38 cm
- e) Lingkar lengan :  $\pm$  11 cm
- f) Pemeriksaan Fisik
  - 1) Kepala

Kedua fontanel dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak meregang, adanya *caput suksedaneum* sebagai temuan umum, adanya *sefaloematoma* (Walsh, 2012). Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga), perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang

tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2012).

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat (Fraser, 2009).

Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Cooper, 2009).

Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012).

## 2) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleks merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brushfield, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi (Walsh, 2012).

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin, 2014).

### 3) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012).

### 4) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin, 2010).

Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. (Fraser, 2009).

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Walsh, 2012).

Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush* (Marmi, 2012).

5) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2012). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Cooper, 2009).

6) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012).

7) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012). Pernafasan

diafragma, dada, perut naik dan turun (Fraser, 2009).

#### 8) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2014). Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Cooper, 2009).

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis (Walsh, 2007). Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi, 2012).

#### 9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012).

## 10) Genetalia

### (a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia

### (b) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012).

## 11) Anus

Anus berlubang (Saifuddin, 2006). Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012).

## 12) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan.

Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2012).

### 13) Kulit dan kuku

Bayi matur memiliki garis kulit didaerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari (Fraser, 2009).

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku

yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2010).

Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Cooper, 2009).

Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi, 2012).

b. Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, 2008).

1) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012).

2) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Saat pipi disentuh, maka bayi akan menoleh ke arah sentuhan dan berusaha menemukan pusat sentuhan dengan mulut membuka (Indrayani, 2013).

3) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Wiknjastro, 2008).

4) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjastro, 2008).

5) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat (Marmi, 2012).

6) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau

dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Marmi, 2012).

7) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat.

(Ladewig, 2007).

8) Refleks *galanf's*

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4–8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008).

9) Refleks babinsky

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Indrayani, 2013).

#### 10) Refleksi ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012).

#### 11) Refleksi melangkah (*stepping reflex*)

Cara mengukurnya dengan memegang bayi sehingga kakinya sedikit menyentuh permukaan yang keras. Pada kondisi normal kaki akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras, dijumpai pada usia 4–8 minggu pertama. Kondisi patologis bila refleksi menetap melebihi 4–8 minggu merupakan keadaan abnormal (Hidayat, 2008).

#### 12) Refleksi merangkak (*crawling reflex*)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012).

#### B. Diagnosa kebidanan

Diagnosa : Neonatus Usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan Masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliarisis, muntah dan gumoh, oral trush diaper rash (Marmi, 2012).

Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

1. Keadaan umum baik

2. TTV normal :

S : 36,5-37,5 °C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

3. Bayi menyusu kuat

4. Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut (Marmi, 2012) adalah:

1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R/Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi (Wiknjastro, 2008).

2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R/Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung (Varney, 2008).

- 4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/Suhu normal bayi adalah  $36^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$ . Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

(Wiknjosastro, 2008) menambahkan intervensi untuk neonatus yaitu:

- 6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

1. Potensial masalah

- a) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria:

- 1) Kadar glukosa dalam darah  $\geq 45$  mg/dL

- 2) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi adalah:

- 1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/ Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- 2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R/Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

- 3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- 4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

- 5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/Tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

b) Masalah II : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : a) Suhu bayi  $36^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$

- b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2008)

Intervensi :

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

b) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R/Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

c) Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria:

- a) Kadar bilirubin serum  $\leq 12,9$  mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi antara lain:

- a) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

- b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (kern ikterus).

- c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney, 2008).

- d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

- d) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : a) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala

- b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

- 1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

- 2) Oleskan krim *hydrocortisone*.

R/ Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

- 3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

- 4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

- e) Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

b) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

c) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

d) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

e) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat.

f) Bawa pemeriksaan ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

f) 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) :

- 1) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

- 2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

- g) Masalah VII : *Oral trush*

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

- 1) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang.

R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.

- 2) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R/ Mematikan kuman dengan suhu tertentu

- 3) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R/ Mencegah timbulnya oral thrush.

h) Masalah VIII : *Diaper rash*

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut (Marmi, 2012) :

- 1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R/ Menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi.

- 2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- 3) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- 4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

### C. Implementasi

1. Merawat bayi diruang hangat dengan membungkus bayi dengan selimut dan meletakkan bayi dalam incubator atau dekatkan disisi ibu.
2. Merawat bayi dengan teknik aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi
3. Melakukan dan mengajarkan ibu cara merawat tali pusat dengan steril dengan kasa kering dan steril
4. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar
  - a) Bayi menghisap pelan tapi kuat dan mulut membuka lebar
  - b) Puting sampai bagian areola payudara ibu masuk ke mulut bayi
  - c) Dada bayi menempel pada payudara atau dada ibu
5. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya sesering mungkin
6. Melakukan perawatan sehari-hari
  - a) Mengganti popok bayi ketika basah karena BAB/BAK
  - b) Memandikan bayi 2 kali sehari
  - c) Merawat tali pusat dengan kasa steril kering tanpa alkohol

7. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir

- a) Tidak dapat menyusu, hisapan lemah, menagntuk berlebihan, banyak muntah
- b) Nafas cepat lebih dari 60x/menit
- c) Susah untuk dibangunkan atau lemah
- d) Sering merintih
- e) Suhu tubuh  $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$  atau  $\geq 36,5^{\circ}\text{C}$
- f) Warna kulit kuning (terutama timbul dalam 24 jam pertama)
- g) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan nanah, bau busuk
- h) Demam
- i) Mata bayi merah (trauma saat lahir)

D. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Marmi, 2012) tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien

E. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Marmi, 2012) tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan dalam memberikan asuhan kebidanan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S : adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P : adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

## 2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

### A. Pengkajian Data

#### 1. Data subyektif

##### a) Biodata

##### 1) Umur

Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

##### 2) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012).

##### 3) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2011).

##### 4) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Glasier, 2008).

b) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut (Saifuddin, 2013) adalah:

- 1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- 2) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

c) Riwayat kesehatan

1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, miom uterus, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2013).

2) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012).

3) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Saifuddin, 2013).

4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, perlu diperlukan konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak

hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami.

5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genital (vaginitis, servisititis), sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genital tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin(Saifuddin, 2013).

d) Riwayat Kebidanan

a) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012).

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya. Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi

lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010).

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2012).

#### b) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontraepsi IUD (Saifuddin, 2010).

IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

#### c) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut. Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa

sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2015).

d) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2015).

(2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progesterin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015).

(3) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala)

(4) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010)

(5) Riwayat Ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya

miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015). Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

## 2. Data Obyektif

### a) Pemeriksaan umum

#### 1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/110 mmHg (Saifuddin, 2010:MK-43). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009).

### b) Pemeriksaan antropometri

#### 1) Berat badan

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2015).

c) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010).

b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010).

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2010).

c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010).

Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010).

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015). Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010).

f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010). Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010). Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan, sebagaimana diuraikan sebagai berikut :

## 1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

## 2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk :

- a) Memastikan gerakan serviks bebas
- b) Menentukan besar dan posisi uterus
- c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

## B. Diagnosa kebidanan

P<sub>APIAH</sub> usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam. Prognosa baik.

## C. Intervensi

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, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010) :

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.  
R/Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.
- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).  
R/Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.
- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.  
R/Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

R/Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- 7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

- a) Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut (Saifuddin, 2010) :

- 1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhoea*

R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

- 2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam Rahim

R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

- 3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

b) Masalah 2 : 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 (Mochtar, 2008) :

- 1) Kaji keluhan pusing pasien

R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

- 2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

- 3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c) Masalah 3: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut (Maritalia, 2012) adalah:

- 1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.
- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

d) Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut (Hartanto, 2015) :

- 1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik.

R/Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

- 2) Berikan terapi ibuprofen (800 mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/Terapi ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

- 3) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki  
R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR (Nastyah, 2008).

#### D. Implementasi

1. Menjelaskan pada ibu mengenai pengertian kontrasepsi
2. Menjelaskan pada ibu macam-macam kontrasepsi :
  - a) Cara kerja kontrasepsi
  - b) Keefektifitas kontrasepsi
  - c) Keuntungan kontrasepsi
  - d) Kerugian kontrasepsi
  - e) Efek samping kontrasepsi
  - f) Jadwal kontrasepsi

3. Memberikan inform consent untuk di tanda tangani ibu

#### E. Evaluasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Affandi, 2012) tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Denan kriteria :

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien

#### F. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 dalam (Affandi, 2012) tentang standart asuhan kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

- S : Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- O : Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- A : Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- P : Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

