

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Teori

##### 2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

###### A. Definisi Kehamilan

Kehamilan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa, ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender Internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, trimester ke satu dalam 12 minggu, trimester ke dua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ke tiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo,2010:93).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu, minggu ke-28 hingga ke-40 (Saifuddin,2009:72).

## B. Proses kehamilan

### 1. konsepsi

Konsepsi adalah pertemuan antara ovum matang dan sperma sehat yang memungkinkan terjadinya kehamilan. Konsepsi dapat terjadi jika terpenuhi beberapa kriteria, yaitu sebagai berikut:

- a) Senggama harus terjadi pada bagian siklus reproduksi wanita yang tepat.
- b) Ovarium wanita harus melepaskan ovum yang sehat pada saat ovulasi.
- c) Pria harus mengeluarkan sperma yang cukup normal dan sehat selama ejakulasi
- d) Tidak ada *barrier* atau hambatan yang mencegah sperma mencapai, melakukan penetrasi dan sampai akhirnya membuahi ovum.

Agar terjadi kehamilan sebaiknya senggama dilakukan sebelum tepat di hari wanita ovulasi karena sperma dapat hidup sampai tiga hari di dalam vagina, sedangkan ovum bertahan 12-24 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (ovulasi) (Sulistyawati, 2009:94).

### 2. Pembuahan ( Fertilisasi )

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Proses konsepsi dapat berlangsung seperti uraian dibawah ini. Keseluruhan proses

tersebut merupakan matarantai fertilisasi atau konsepsi.

- a) Ovum yang dilepas pada proses ovulasi, diliputi oleh korona radiate, yang mengandung persediaan nutrisi
- b) Pada ovum, dijumpai inti dalam bentuk metaphase di tengah sitoplasme yang disebut vitelus.
- c) Dalam perjalanan, korona radiate makin berkuang pada zona pelusida, Nutrisi di alirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampua tuba.

Ovum siap di buahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. pada kavum uteri, terjadi proses kapasitasi, yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Spermatozoa hidup selama tiga hari didalam genetalia interna. Spermatozoa akan mengelilingi ovum yang siap dibuahi serta mengikis korona radiate dan zona pelusida dengan denga proses enzimatik: hialuronidase, melalui “stomata”, dalam ovum, ekornya lepas dan teringgal di luar. kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dengan membentuk zigot (Manuaba,2010:98).

### 3. Implantasi (Nidasi)

Nidasi yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok-kelok. jaringan ini mengandung banyak cairan (Marmi,2014:64).



Gambar 2.1

Perkembangan ovum dan perjalannya menuju kavum uteri

Sumber: <https://www.google.co.id/search>

### 4. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Saifuddin, 2010:72).

Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruangan eksoselom

membentuk kantong kuning telur sedangkan sel lain membentuk ruangan amnion, sedangkan plat embrio terbentuk diantara dua ruangan amnion dan kantong kuning telur tersebut. Ruangan amnion dengan cepat mendekati korion sehingga jaringan yang terdapat diantara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat. Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah vena mulai pada hari ke 10 sampai 11 setelah konsepsi sedangkan arteri pada hari ke 14 sampai 15. Bagian desidua yang tidak dihancurkan akan membentuk plasenta 15-20 kotiledon maternal, pada janin plasenta akan dibagi menjadi sekitar 200 kotiledon fetus dan setiap kotiledon fetus terus bercabang dan mengembang ditengah aliran darah yang nantinya berfungsi untuk memberikan nutrisi dan pembedahan (Manuaba, 2012:114).

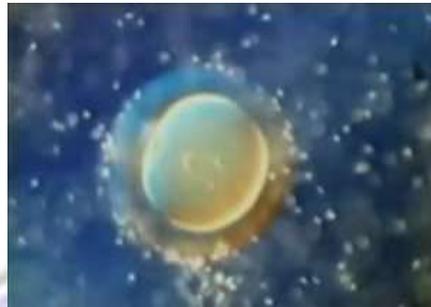
#### 5. pertumbuhan dan perkembangan embrio

##### a) Embrio Usia 2-4 minggu

Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang dengan pembentukan lapisan-lapisan didalamnya.

##### b) Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah yang pertama.

Selanjutnya, pembuluh darah terus berembang di seluruh embrio dan plasenta (Marmi, 2014:70).



Gambar 2.2  
Perkembangan janin usia 2-4 minggu  
Sumber : (<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>, 2014)

## 2. Embrio Usia 4-6 minggu

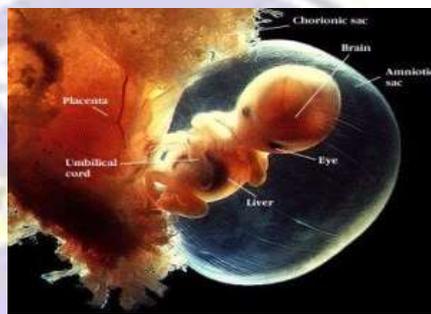
- a) Sudah terbentuk bakal organ-organ
- b) Jantung sudah berdenyut.
- c) Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG
- d) Panjang embrio 0,64cm (Sulistyawati, 2009:127).



Gambar 2.3  
perkembangan janin usia 4 minggu  
Sumber:(<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan> , 2014)

### 3. Embrio usia 8 minggu

- a) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki.
- b) Pembentukan usus.
- c) Pembentukan genetalia dan anus
- d) Jantung mulai memompa darah (Marmi, 2014:72)



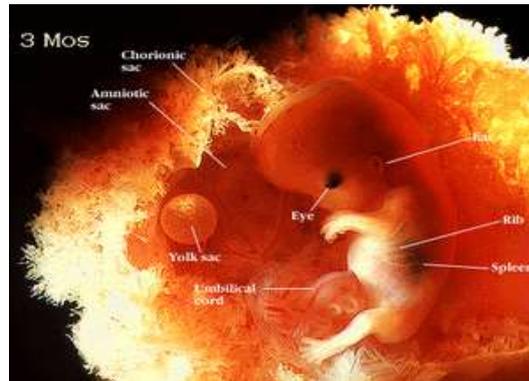
Gambar 2.4

Perkembangan janin usia 8 minggu

Sumber: (<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan> , 2014)

### 4. Embrio usia 12 minggu

- a) Embrio berubah menjadi janin
- b) Usus lengkap
- c) Genetalia dan anus sudah terbentuk Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut membuka.
- d) BB 15-30 gram (Sulistiyawati, 2009:82)



Gambar 2.5  
Perkembangan janin usia 12 minggu  
Sumber: (<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan> , 2014)

#### 4. Embrio usia 16 minggu

- a) Gerakan fetal pertama (quickening)
- b) Sudah mulai ada mekonium dan verniks caseosa.
- c) Sistem muskuloskeletal sudah matang
- d) Sistem saraf mulai melaksanakan kontrol.
- e) Pembuluh darah berkembang cepat.
- f) Tangan janin dapat menggengam
- g) Kaki menendang dengan aktif.
- h) Semua organ mulai matang.
- i) Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar dengan doppler.
- j) Berat janin 0,2 kg (Marmi, 2014:86)



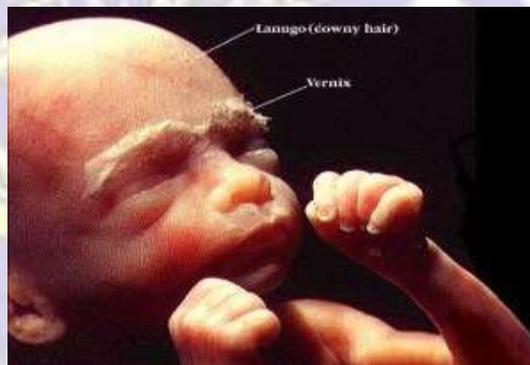
Gambar 2.6

Perkembangan janin usia 16 minggu

Sumber: (<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>, 2014).

## 5. Embrio usia 24 minggu

- a) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktifitas pembentukan tulang meningkat.
- b) Perkembangan pernapasan dimulai.
- c) Berat janin 0,7- 0,8 kg (Sulistyawati, 2009:162)



Gambar 2.7

Perkembangan janin usia 24 minggu

Sumber: (<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>, 2014)

## 6. Janin usia 28 minggu

- a) Janin dapat bernapas, menelan, dan mengatur suhu.
- b) Mata mulai membuka dan menutup.

- c) Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru.
- d) Ukuran janin  $\frac{2}{3}$  saat lahir ( Rahayu, 2014:89)



Gambar 2.8

Perkembangan janin usia 28 minggu

Sumber: (<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>, 2014)

#### 7. Janin usia 32 minggu

- a) Mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor.
- b) Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir.
- c) Bayi sudah tumbuh 38-43cm (Sulistyawati, 2009:99)



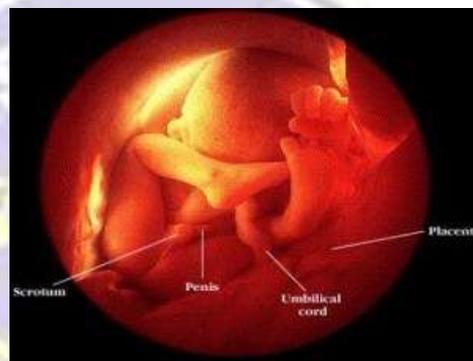
Gambar 2.9

Perkembangan janin usia 32 minggu

Sumber: (<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan> , 2014)

## 8. Janin usia 36 minggu

- a) Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak.
- b) Antibodi ibu ditransfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri (Marmi, 2014:90).



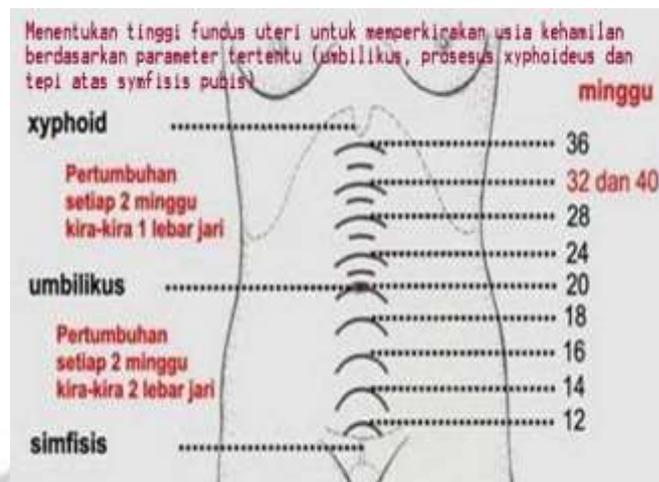
Gambar 2.10  
Perkembangan janin 36 minggu  
Sumber: (<https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-dan-perkembangan-janin-dalam-kandungan>, 2014)

## C. Perubahan fisiologis kehamilan

### 1. Sistem reproduksi

#### a) Uterus

- 1) Ukuran : Pertumbuhan janin, rahim membesar akibat hipertrofi dan hiperplasia otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, endometrium menjadi desidua, ukuran kehamilan pada cukup bulan :30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc ( Dewi, 2011:64).



Gambar 2.11

Perkembangan tinggi fundus uteri

Sumber: (<https://duniabidan.com/kehamilan-kandungan/mengetahui-usia-kehamilan-dengan-tinggi-fundus-uteri-tfu.html>, 2018).

- 2) Berat : Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir ke hamilan (Rustam,2011:89).
- 3) Posisi rahim dalam kehamilan
  - (a) Pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofleksi.
  - (b) Pada 4 bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis.
  - (c) Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarnya dapat mencapai batas hati.
  - (d) Pada ibu hamil, rahim biasanya *mobile*, lebih mengisi rongga abdomen kanan dan kiri.

( Sulistyawati,2009:97).

Tabel 2.1  
Pemeriksaan TFU sesuai usia kehamilan

Usia kehamilan	TFU	
	Dalam cm	Penunjuk badan
12 minggu	-	1/3 diatas simfisi
16 minggu	-	½ simfisi dan pusat
20 minggu	20 cm	2/3 diatas simfisis
22 minggu		Setinggi pusat
28 minggu	25 cm	Tiga jari diatas pusat
32 minggu	27 cm	
34 minggu		Pertengahan px dangn pusat
36 minggu	30 cm	Setengah px
40 minggu	26 cm	Dua jari dibawah px

Sumber: (Manuaba,2012:100)

4) Vaskularisasi.

Arteri uterrine dan ovarika bertambah dalam diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya, pembuluh darah vena mengembag dan bertambah(Sulistyawati, 2009:92).

5) Serviks uteri

Bertambahnya vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini disebut dengan tanda *goodell*. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan ini disebut dengan tanda *chadwick*(Sulistyawati, 2009:93).

b) Vagina dan vulva

Karena pengaruh estrogen , terjadi hipervaskularis pada vagian dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda *chadwick*( Sulistyawati,2009:67).

c) Sistem urinaria

Selama kehamilan, ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekan rahim yang membesar).Pada akhir kehamilan, peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darh yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung.

d) Sistem gastrointestinal

Rahim yang semakin mebesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berta karena gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron.Wanita hamil sering mengalami rasa panas di

dada (heartburn) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi sfingter dikerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan ( Sulistyawati, 2009:95).

e) Payudara

Menurut mochtar,1998 payudara sebagai organ target untuk proses laktasi mengalami banyak perubahan yang dapat diamati oleh ibu adalah sebagai berikut:

- 1) Selama kehamilan payudara bertambah besar,tegang,dan berat
- 2) Dapat teraba nodul-nodul akibat hipertropi kelenjar alveoli
- 3) Bayangan vena-vena lebih membiru
- 4) Hiperpigmentasi pada areola dan papila mamme
- 5) Kalau di peras akan keluar air susu yang jolong (kolostrum) berwarna kuning (Manuaba dkk, 2010:141).

f) Sistem Neurologi dan Muskulusketal

- 1) Penurunan kalsium dan alkalosis terjadi akibat perubahan pada system pernafasan, tekanan uterus pada saraf, kelelahan, dan sirkulasi yang buruk pada tungkai.

- 2) Perubahan titik pusat gaya berat akibat uterus yang bertambah besar dan berat membuat wanita mengambil sikap yang dapat menekan saraf ulnar, median, dan skiatik; terjadi hiperventilitas.
- 3) Terjadi hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis; hipglikemia; penumpukan darah dibagian tungkai sehingga mengurangi arah balik vena dan mengurangi curah jantung (Marjati, 2011:96).

g) Sistem endokrin

a. Ovarium dan plasenta

Korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesteron dan setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormon tersebut. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) adalah hormon utama yang dihasilkan oleh plasenta yang berperan mencegah ovulasi dan merangsang pembentukan estrogen serta progesteron oleh ovarium untuk mempertahankan kehamilan. Selain itu plasenta juga menghasilkan *Human Placental Lactogen* (HPL) atau *Human Chorionic Somatommatropin* (HCS), *Human Chorionic Thyrotropin* (HCT), dan *Melanocyte-stimulating hormone* yang menyebabkan kulit berwarna lebih gelap disaat kehamilan (Kumalasari, 2015:6).

b. Kelenjar tiroid

Kelenjar tiroid akan menjadi aktif. Kelenjar tiroid yang menjadi aktif menyebabkan denyut jantung yang cepat, jantung berdebar-debar (palpitasi), keringat berlebihan, dan perubahan suasana hati. Akan tetapi, hipertiroidisme (overaktivitas kelenjar tiroid) hanya terjadi pada kurang dari 1% kehamilan (Kumalasari, 2015:6).

c. Kelenjar paratiroid

Ukurannya meningkat karena kebutuhan kalsium janin meningkat sekitar minggu ke 15-35. Oleh karena hormon ini untuk mempertahankan kecukupan kalsium dalam darah, jadi tanpa hormon ini metabolisme tulang dan otot terganggu (Kumalasari, 2015:6).

d. Pankreas

Sel-selnya tumbuh dan menghasilkan lebih banyak insulin untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat. Oleh karena itu, penderita diabetes yang sedang hamil bisa gejala diabetes yang lebih buruk (Kumalasari, 2015:6).

e. Kelenjar pituitary

Pada lobus anterior mengalami sedikit pembesaran dan terus menghasilkan semua hormon tropik, tetapi dengan jumlah yang sedikit berbeda. FSH ditekan oleh HCG.

Hormon pertumbuhan berkurang dan hormon melanotropik meningkat. Pembentukan prolaktin meningkat selama kehamilan dan persalinan. Oksitosin meningkat dan menstimulasi kontraksi otot uterus (Kumalasari, 2015:6).

h) Sistem persyarafan

Banyak wanita mengeluhkan adanya masalah dengan pemusatan pikiran, perhatian, dan daya ingat. Berdasarkan penelitian Keenan, dkk (1998), daya mendapatkan adanya penurunan daya ingat yang terkait dengan kehamilan yang terbatas pada trimester ketiga. Penurunan ini tidak berkaitan dengan depresi, rasa cemas dan keadaan kurang tidur atau perubahan kehamilan. Keadaan ini bersifat sementara dan cepat pulih setelah kelahiran

(Susanto2018:90 ).

i) Sistem pernapasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang rahim dan pembentukan hormon progesteron menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari biasanya. Wanita hamil bernapas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya (sulistyawati,2009:80).

j) Sistem integumen

Warna kulit biasanya sama dengan rasnya. Jika terjadi perubahan warna kulit, misalnya pucat hal itu menandakan *anemis*, jadi ini menandakan gangguan pada hepar, lesi hiperpigmentasi seperti *cloasma gravidarum* serta *linea nigra* berkaitan dengan kehamilan dan *strie*. Sementara itu, penampang kuku berwarna merah muda menandakan pengisian kapiler baik(Sunarti,2013:98).

k) Berat badan dan indek masa tubuh pada ibu hamil

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan adalah 12,5 kg, 9 kg diperoleh pada 20 minggu terakhir. Berat badan yang optimal ini berkaitan dengan resiko komplikasi terendah selama kehamilan dan persalinan serta berat badan bayi lahir rendah. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan. Tingkat edema,laju metabolik, asupan diet, muntah atau diare, merokok, jumlah cairan amniotik dan ukuran janin, semuanya harus diperhitungan. Usia maternal, ukuran tubuh prekehamilan, paratis, ras-etenisitas, hipertensi, dan diabetes juga mempengaruhi pola peningkatan berat badan maternal. Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil saat ini didasarkan pada indeks masa tubuh prekehamilan (Body Mass Index) yang

mengambarkan perbandingan berat badannya lebih sedikit daripada ibu yang memasuki kehamilan dengan berat badan sehat. Kenaikan berat badan selama kehamilan dapat dihitung dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil, yaitu kilogram BB/(TB dalam m<sup>2</sup>) atau pon BB/ (inchi TB)<sup>2</sup> nilai BB dan TB yang digunakan adalah sebelum hamil. kemudian hasil perhitungan IMT dikonsultasikan pada tabel berikut ini :

Tabel 2.2  
kenaikan BB yang dianjurkan selama hamil berdasarkan IMT sebelum hamil.

IMT Sebelum Hamil	Kenaikan BB yang Dianjurkan selama Hamil	
	Kg	Pon
Rendah (IMT <19,8)	12,5-18	28-40
Normal (IMT 19,8-26,00)	11,5-16	25-35
Tinggi (IMT >26,00-29,00)	7,0-11,5	15-25
Obesa (IMT >29,00)	<7,00	<15

Sumber: (Walyani,2015:105)

Kenaikan berat badan pada trimester satu hanya sekitar 0,7-1,4 kg, sedangkan pada trimester selanjutnya peningkatan berat badan per minggu 0,35-0,5 kg. (Walyani,2015:105)

Adapun perkiraan penambahan berat badan selama hamil sebagai berikut.

Tabel 2.3  
 Penambahan Berat Badan Selama Hamil pada Masing-masing  
 Komponen Tubuh

Komponen Tubuh	Penambahan Berat Badan
Jaringan Ekstrauterin	1 kg
Janin	3-3,8 kg
Jaringan Amnion	1 kg
Plasenta	1-1,1 kg
Payudara	0,5-2 kg
Tambahan Darah	2-2,5 kg
Tambahan Cairan Jaringan	1,5-2,5 kg
Tambahan Jaringan Lemak	2-2,5 kg
Total	11,5-16 (rentan kenaikan BB selama hamil untuk ibu dengan IMT normal)

Sumber: (Walyani,2015:107)

a) Trimester I

Seorang wanita yang sedang hamil sudah mengalami penambahan berat badan, namun penambahan tersebut masih tergolong rendah, kira-kira 1-2 kg. karena pada masa ini saat dimana otak, alat kelamin, dan panca indra janin sedang dibentuk.

b) Trimester II

Seorang wanita hamil akan mengalami kenaikan berat badan yang lebih banyak dibandingkan pada saat trimester I, karena pada trimester II ini pertumbuhan janin juga semakin besar. Dan sebagian besar penambahan berat badan selama masa kehamilan berasal dari uterus dan isi-isinya. Pada trimester II ini seorang wanita yang sedang hamil akan mengalami penambahan berat badan kira – kira

0,35 – 0,4kg per minggu. Kenaikan berat badan yang baik memang secara bertahap dan kontinyu. Bisa jadi catatan bahwa adanya penambahan berat badan yang berlebih dan secara cepat bisa jadi indikasi awal keracunan kehanilan atau diabetes.

c) Trimester III

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg, penambahan BB dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan adalah 11 – 12 kg. Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg. Salah satu metode yang digunakan untuk menentukan berat badan pada ibu hamil yaitu dengan Indeks Massa Tubuh (IMT).

Rumus berat badan ideal untuk ibu hamil yaitu sebagai berikut :

$$IMT = BB / (TB)^2$$

Ket : IMT: Indeks masa tubuh

BB : Berat badan

TB : Tinggi badan

(Siwi Walyani,2015:107)

D. Perubahan psikologis kehamilan

1. Trimester 1 (penyesuaian)

- a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya
- b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja.
- c) Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah iya benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk menyakinkan dirinya.

- d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapatkan perhatian dengan seksama.
- e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah akan mungkin dirahaskan.
- f) Hasrat untuk melakukan hubungan seks beda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan  
( Mochtar, 2015:46)

## 2. Trimester II (kesehatan yang baik)

- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- b) Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- c) Merasa gerakan anak
- d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
- e) Libido meningkat
- f) Menuntut perhatian dan cinta
- g) Merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan sebagian dari dirinya
- h) Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu
- i) Ketertarikan dan aktifitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru  
( Sulistyawati, 2009:96 )

## 3. Trimester III (penantian dengan penuh kewaspadaan)

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali merasa dirinya jelek aneh dan tidak menarik
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya

- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekawatirannya.
- e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- f) Merasa kehilangan perhatian
- g) Perasaan sudah terluka atau sedikit sensitif
- h) Libido menurun( Mochtar, 2015:48).

#### E. Tanda-tanda kehamilan

##### 1. Tanda dugaan kehamilan

- a) Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat di konfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan.

- b) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makan tertentu. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

- c) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat.

Verises dapat terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

d) Pigmentasi kulit

Terjadi pada usia kehamilan 12 minggu. Terjadi karena pengaruh hormon kortikosterid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

e) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan BAB.

f) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang nyeri selama 2 bulan pertama kehamilan.

g) Sering *miksi*/berkemih

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Ini terjadi pada triwulan pertama akibat desakan uterus terhadap kandung kemih. Pada akhir triwulan gejala bisa muncul kembali karena janin mulai masuk rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.(Marjati,2011:102)

## 2. Tanda kemungkinan kehamilan

### a) Perut membesar

Terjadi pembesaran abdomen secara progresif kehamilan 7 sampai 28 minggu. Pada minggu 16-22, pertumbuhan terjadi secara cepat dimana uterus keluar panggul dan mengisi rongga abdomen (Walyani,2015:54).

### 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 yang lain.

### d) Tanda *chadwick*

Adanya perubahan warna pada serviks dan vagina menjadi kebiru-biruan.

### e) Tanda *piscaseck*

Adanya tempat yang kosong pada rongga uterus karena embrio biasanya terletak di sebelah atas dengan bimanual akan terasa benjolan yang asimetris.

### f) *Braxton hicks*

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Saat palpasi atau pemeriksaan dalam, uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan (Sulistyawati,2009:78)

g) Teraba *ballotment*

jika dilakukan pemeriksaan palpasi di perut ibu dengan cara menggoyangkan salah satu sisi maka terasa pantulan dari sisi lain(Dewi,2011:122).

## 3. Tanda positif kehamilan

## a) Gerakan janin dirasakan oleh pemeriksa

Gerakan janin ini harus dapat di raba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat di rasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu. (Saleha,2009:65).

## b) Terdapat DJJ

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop Laenec, DDJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu. (Sulistyawati, 2012 : 87).

c) Janin terlihat pada pemeriksaan *ultrasonografi* atau sinar-X  
(Meiliya dkk, 2009:4)

## 2) Pemeriksaan diagnostik kehamilan

## a) Tes urine kehamilan (Tes HCG)

b) Dilakukan seawal mungkin begitu diketahui ada amenore  
(satu minggu setelah koitus)

c) Upaya urine yang digunakan adalah urine pagi hari.

d) Perkiraan tinggi fundus uteri

Pada awalnya pengukuran TFU dilakukan dengan cara perabaan atau palpasi dengan patokan simpisis, pusat, proses xiphoides. Para peneliti sudah melakukan berbagai riset dan akhirnya munculah rekomendasi tentang cara pengukuran perkiraan TFU yang dianjurkan adalah menggunakan pita pengukur atau metline (Sulistiyawati, 2009:122)

e) Palpasi abdomen

Menggunakan cara Leopold dengan langkah sebagai berikut menurut Marmi (2014:67) :

1) Leopold I

(a) Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada di fundus.

(b) Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

(1) Pemeriksaan menghadap pasien.

(2) Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa tinggi fundus uteri.

(3) Meraba bagian apa yang ada di fundus. Jika teraba benda bulat, melenting mudah digerakkan maka itu adalah kepala namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting dan susah digerakkan maka itu adalah bokong janin.

## 2) Leopold II

(a) Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebalah kanan atau kiri ibu.

(b) Cara pelaksanaan adalah sebagai berikut:

(1) Kedua tangan pemeriksaan berada di sebelah kanan dan kiri perut ibu.

(2) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri ke arah kanan.

(3) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada disebalah kanan ( jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin)

(Sulistyawati,2009:121)

## 3) Leopold III

(a) Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus dan bagian bawah janin sudah masuk PAP atau belum

(b) Cara pelaksanaanya adalah sebagai berikut :

(1) Tangan kiri menahan fundus uteri

(2) Tangan kanan meraba bagian yang ada dibagian bawah uterus. Jika teraba bagian bulat, melenting, keras dan dapat digoyangkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba bagian yang bulat, besar, lunak, dan sulit digerakkan, maka ini adalah bokong. Jika di bagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti di atas, maka pertimbangkan apakah janin dalam letak melintang.

(3) Pada letak sungsang (melintang) dapat dirasakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan ballotement (pantulan dari kepala janin, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan 5-7 bulan)

(4) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul), lalu lanjutkan pada pemeriksaan Leopold IV untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul. (Sulistiyawati, 2009:124)

## 4) Leopold IV

(a) Bertujuan untuk mengetahui sejauh mana bagian terbawah janin memasuki PAP.

(b) Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut

(1) Pemeriksaan menghadap kaki pasien

(2) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada dibawah.

(3) Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan didua belah pihak yang berlawanan dibagian bawah.

(4) Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul

(5) Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepla sudah masuk panggul

(Sulistyawati,2009:125)

## f) Pemeriksaan USG

1) Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan.

2) Gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan.

(Sulistyawati, 2009:143 )

## g) Standar kunjungan antenatal care

Kunjungan I (16 minggu) dilakukan untuk :

a) Penapisan dan pengobatan anemia.

- b) Perencanaan persalinan.
- c) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.

Kunjungan II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu), dilakukan untuk :

- a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
- b) Penapisan preeklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP.
- c) Mengulang perencanaan persalinan.

Kunjungan IV (36 minggu sampai lahir)

- a) Sama seperti kegiatan kunjungan II dan III,
- b) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi,
- c) Memantapkan rencana persalinan,
- d) Mengenali tanda-tanda persalinan(Sarwono, 2009:98).

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

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA0
- d. Ukur tinggi fundus uteri

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

- 8) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian ASI Eksklusif
- 9) KB pasca persalinan
- 10) Imunisasi
- 11) Peningkatan kesehatan intelegsia pada kehamilan.

#### F. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan

1. Status kesehatan
2. Kehamilan pada usia tua
  - a) Segi negatif kehamilan di uasi tua
    - 1) Kondisi fisik ibu hamil dengan usia lebih 35 tahun akan sangat menentukan proses kelahirannya. Hal ini pun turut memengaruhi kondisi janin.
    - 2) Pada proses pembuahan, kualitas sel telur wanita usia ini sudah menurun jika dibandingkan dengan sel telur pada wanita dengan usia reproduksi sehat (25-30 tahun).
    - 3) Kontraksi uterus juga sangat dipengaruhi oleh kondisi fisik ibu. Jika ibu mengalami penurunan kondisi, terlebih pada primitua (hamil pertama dengan usia ibu lebih dari 40 tahun) maka keadaan ini harus benar-benar diwaspadai.
  - b) Segi positif hamil di usia tua
    - 1) Kepuasan peran sebagai ibu
    - 2) Merasa lebih siap.

- 3) Pengetahuan mengenai perawatan kehamilan dan bayi lebih baik
- 4) Rutin melakukan pemeriksaan kehamilan
- 5) Mampu mengambil keputusan
- 6) Karier baik, status ekonomi lebih baik
- 7) Perkembangan intelektual anak lebih tinggi
- 8) Periode menyusui lebih lama
- 9) Toleransi pada kelahiran

c) Status hidup

Selain pola makan yang dihubungkan dengan gaya hidup masyarakat sekarang, ternyata ada beberapa gaya hidup lain yang cukup merugikan kesehatan seorang wanita hamil.

d) Status gizi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandung dan persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman.

e) Hamil diluar nikah/kehamilan yang tidak diharapkan

Jika kehamilan tidak diharapkan, maka secara otomatis ibu akan sangat membenci kehamilannya, sehingga tidak ada keinginan dari ibu untuk melakukan hal-hal positif yang dapat meningkatkan kesehatan bayinya.

f) Faktor internal maupun eksternal

Stresor internal ini meliputi faktor-faktor pemicu stress ibu hamil yang berasal dari ibu sendiri adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat menyebabkan gangguan perkembangan bayi yang nantinya akan terlihat ketika bayi lahir. Pada stresor eksternal pemicu stresnya bisa berasal dari luar bnetuknya bervariasi misal masalah ekonomi, konflik keluarga

g) Dukungan keluarga

Setiap tahap usia kehamilan , ibu akan mengalami perubahan baik yang bersifat fisik maupun psikologis, ibu harus melakukan adaptasi pada setiap perubahan yang terjadi dimana sumber stres terbesar terjadi karena dalam rangka melakukan adaptasi terhadap kondisi tertentu. Ibu sangat membutuhkan dukungan intensif dari keluarga(Sulistiyawati, 2009:140)

h) Jarak kehamilan

Jarak kehamilan yang terlalu dekat tidak memberikan ibu waktu yang cukup untuk pulih dari stress fisik dari kehamilan sebelumnya. Sebagai contoh menyusui saat sedang hamil dapat menurunkan kesediaan nutrisi ditubuh ibu,sehingga pertumbuhan dan perkembangan janin tidak optimal. Sedangkan jarak kehamilan yang terlalu jauh juga

menyebabkan beberapa risiko bagi ibu dan bayi. Kehamilan dengan jarak lima tahun atau lebih meningkatkan risiko tekanan darah tinggi dan protein berlebih dalam urin (preeklamsia) (Sulistyawati,2009:142)

i) Penyakit ibu pada saat hamil

Status kesehatan ibu pada saat hamil merupakan hal yang paling penting untuk perkembangan kesehatan ibu dan janin yang ada dalam kandungannya. Jika status kesehatan ibu buruk tentunya akan berpengaruh pada kesehatan janin.(Sulistyawati, 2009:89)

G. Tanda bahaya ibu hamil

Tabel 2.4  
Tanda bahaya ibu hamil

Tanda-tanda bahaya	Penjelasan	Pengumpulan data
Bengkak/ oedema pada muka atau tangan	Sebagian ibu hamil mengalami bengkak/ oedema yang normal pada kaki, biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah istirahat atau menaikkan kaki lebih tinggi  Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan diikuti dengan keluhan fisik lainnya.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanyakan pada ibu apakah ia mengalami sakit kepala atau masalah penglihatan.</li> <li>2. Periksa bengkak</li> <li>3. Ukur tekanan darah dan protein urin</li> <li>4. Periksa hemoglobin (warna konjungtiva/ telapak tangan)</li> </ol>
Nyeri abdomen	Nyeri abdomen yang tidak berhubungan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanyakan pada ibu karakteristik dan</li> </ol>

yang hebat	persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang dapat mengancam jiwa adalah nyeri yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah istirahat. Hal ini bisa disebabkan karena appendicitis, kehamilan ektpok, aborsi, radang pelvic, gastritis, penyakit kandung empedu, isk	<p> kapan terjadi nyeri, seberapa hebat, kapan mulai dirasakan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Tanyakan pada ibu apakah ada muntah, diare, demam</li> <li>3. Ukur tekanan darah</li> <li>4. Periksa protein urin</li> </ol>
Berkurangnya gerakan janin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu mulai merasakan gerakan janin mulai bulan ke -5 atau ke-6 kadang lebih awal</li> <li>2. Pada saat bayi tidur, gerakannya akan melemah</li> <li>3. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 klai dalam 3 jam</li> <li>4. Gerakan bayi akan lebih mudah tersa bila ibu berbaring atau beristirahat</li> </ol>	<p>Jika bayi tidak bergerak tanyakan pada ibu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kapan terakhir bayinya bergerak?</li> <li>2. Raba gerakan bayi</li> <li>3. Dengarkan denyut jantung</li> <li>4. Anjurkan ibu untuk memeriksa gerakan setiap hari mulai kehamilan 32 minggu sampai saat persalinan</li> <li>5. Bila gerakan berkurang selama 2 hari berturut-turut segera periksa.</li> </ol>
Perdarahan pervaginam	<p>Perdarahan pervaginam dalam kehamilan cukup normal.pada masa awal kehamilan, ibu mungkin mengalami perdarahan atau spotting.</p> <p>Pada akhir kehamilan perdarahan yang tidak</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minta ibu menjelaskan perdarahanya kapan mulia, berapa banyak, bagaimana warnanya, apakah bergumpal.</li> <li>2. Tanyakan pada ibu apakah ia merasa nyeri/sakit ketika mengalami perdarahan tersebut.</li> </ol>

	normal adalah merah, jumlahnya banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Perdarahan semacam ini bisa disebabkan karena plasenta previa atau abrupsia plasenta	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Periksa tekanan darah, suhu, nadi, dan denyut jantung janin.</li> <li>4. Jangan melakukan pemeriksaan vagina pada perdarahan trimester tiga.</li> </ol>
Sakit kepala hebat	Sakit kepala yang menunjukan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Sakit kepala hebat dalam kehamilan merupakan gejala preeklamsia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanyakan pada ibu apakah ia mengalami edema pada muka/tangan atau masalah penglihatan</li> <li>2. Periksa tekanan darah, protein urin, refleks dan oedema/bengkak</li> <li>3. Periksa suhu dan jika tinggi, pikirkan untuk melakukan pemeriksaan darah guna mengetahui adanya parasit malari.</li> </ol>
Penglihatan kabur	Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan. Perubahan yang kecil adalah normal. Masalah penglihatan yang menunjukan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan penglihatan mendadak, misal pandangan kabur atau berbintik-bintik. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala hebat.	Periksa tekanan darah, protein urine, refleks dan edema.

Sumber :(Sutanto, 2018:98)

## H. Kebutuhan gizi ibu hamil

### 1. kebutuhan energi

Kebutuhan energi pada ibu hamil tergantung pada BB sebelum hamil dan penambahan BB selama kehamilan, karena adanya peningkatan basal metabolisme dan pertumbuhan janin yang pesat terutama pada trimester II dan III. Pada akhir kehamilan dibutuhkan sekitar 80.000 kalori lebih banyak dari kebutuhan kalori sebelum hamil.

### 2. Protein

Tambahan protein diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormon, penambahan cairan darah ibu serta persiapan laktasi. Tambahkan protein yang diperlukan selama kehamilan sebanyak 12 gr/hari

### 3. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber utama untuk tambahan kalori yang dibutuhkan selama kehamilan. Selain mengandung vitamin dan mineral, karbohidrat juga meningkatkan asupan serat serta untuk mencegah terjadinya konstipasi atau sulit buang air besar dan wasir.

### 4. Vitamin dan mineral

Wanita hamil juga membutuhkan lebih banyak vitamin dan mineral dibanding sebelum hamil untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi.

(marni, 2013:53)

### 5. 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. Kekurangan asam folat

menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Kusmiyati, 2008:70).

Tabel 2.5  
Kebutuhan vitamin ibu hamil

Zat gizi	Kebutuhan penambahan Untuk Wanita Hamil	Contoh dan Jenis Makanan
Energi	285 Kkl	Nasi,roti,jagung,kentang, Tepung
Protein	12 gram	Daging,ikan, telur, ayam, kacang-kacangan,tahu, tempe
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati, sayuran dan buah hijaudan kuning kemerahan
Kalsium	500 mg	Susu, ikan, sayuran hijau, kacang-kacangan kering.
Vitamin B1	0,2 mg	Biji-bijian, padi-padian, kacang-kacangan,daging
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran,kacang
Niasin	1 mg	Hati, daging,ikan, biji-bijian, kacang-kacangan
Vitamin C	10 mg	Sayuran, buah-buahan
Zat besi	30 mg	Daging,hati,sayuran hijau, bayam, kangkung, daun papaya,daun katuk.

Sumber: (Kusmiyati,2008:87)

## I. Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

### 1. Oksigen

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil mengalami peningkatan, respon tubuh terhadap peningkatan metabolisme untuk menambah masa jaringan payudara, hasil konsepsi, dan masa uterus, peningkatan konsumsi oksigen sebesar 15-20%

## 2. Nutrisi

- a) Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat 15% dibandingkan dengan kebutuhan wanita normal.
- b) Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan ibu dan janin
- c) Makanan dikonsumsi ibu hamil 40% digunakan untuk pertumbuhan janin dan sisanya 60% digunakan untuk pertumbuhan ibunya.
- d) Secara normal kenaikan berat badan ibu hamil 11-13kg.

## 3. Personal hygiene

### a) Kebersihan gigi

- 1) Gosok gigi secara teratur sehabis makan dan akan tidur, berkumur setelah minum atau makan apa saja
- 2) Memeriksa gigi rutin ke dokter
- 3) Tambal gigi berlubang
- 4) Mengobati gigi yang terinfeksi
- 5) Gunakan pencuci mulut yang bersifat alkali/basa

### b) Mandi

- 1) Mandi secara teratur dan pastikan alas bak mandi dan lantai kamar tidak licin
- 2) Gunakan sabun yang mengandung antiseptik
- 3) Tidak mandi air panas (melelahkan)
- 4) Tidak mandi air dingin (membuat tubuh menggigil)
- 5) Keramas 2-3 kali seminggu

### c) Pakaian

- 1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- 2) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat
- 3) Pakailah bra yang menyokong payudara
- 4) Pakaian dalam yang selalu bersih
- 5) Sepatu tidak bertumit tinggi dan lancip

#### 4. Eliminasi

##### a) Sering BAK

Perubahan fisiologis menyebabkan pembesaran uterus lalu menekan kandung kemih kemudian menimbulkan rasa ingin berkemih meskipun kandung kemih berisi sedikit urine pada TM 1 dan TM 3.

##### b) BAB sembelit karena pengaruh hormon progesteron terhadap peningkatan motilitas lambung lambung dan usus, kemudian desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi.

#### 5. Seksual

Kehamilan bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual

##### a) TM 1 : pada trimester pertama hubungan seksual perlu dihindari bagi ibu hamil dengan riwayat sering abortus, prematur, perdarahan pervaginam dan infeksi

##### b) TM 2 : lebih aman

##### c) TM 3 :menurun, coitus harus hati-hati

#### 6. Mobilisasi dan Bodi mekanik

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, masak dan mengajar. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan wanita tersebut dan mempunyai cukup waktu untuk istirahat. (Kusmiati. ,

2008:108)

#### 7. istirahat

##### a) perlu banyak istirahat: tidur malam sekitar 8 jam, tidur siang $\pm 1$ jam

##### b) mandi air hangat

- c) posisi miring kiri  
miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri
- d) jangan terlalu capek

#### 8. imunisasi

- a) imunisasi TT
- b) sebelum nikah :TT capeng
- c) 2x dalam masa kehamilan dengan selang waktu 1 bulan biasanya mulai diberikan usia 20 minggu

#### 9. Traveling

- a) Hindari berpergian jauh, lama dan melelahkan
- b) Hindari tempat yang ramai, sesak dan panas
- c) Duduk terlalu lama bisa menyebabkan tromboflebitis dan bengkak kaki

#### 10. Persiapan laktasi

- a) rencanakan pemberian kolostrum dengan IMD dan ASI eksklusif
- b) perawatan payudara
- c) ikutan BPM “bimbingan persiapan menyusui”

(Kumalasari,2015).

#### 11. Obat-obatan

Sebenarnya pada kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk di berikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat di hindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam pemberian terapi,dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap

kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra dengan kehamilan (Sulistiyawati,2009:110)

#### J) Diagnosa Kehamilan

Pembesaran perut wanita tidak selamanya merupakan suatu kehamilan sehingga perlu dilakukan diagnose banding, diantaranya sebagai berikut:

##### 1. Pseudosiesis (hamil palsu atau kehamilan spuria)

Terdapat amenorea, perut membesar, tetapi tanda-tanda kehamilan lain dan reaksi kehamilan negative. Uterus berukuran biasa. Wanita mengaku dirinya hamil, tetapi sebenarnya tidak hamil. Hal ini biasanya terjadi pada wanita yang ingin sekali hamil. Dijumpai tanpa dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan. (Hani dkk, 2011: 77)

##### 2. Kistoma Ovarii

- a) Mungkin ada amenorea atau datang bulan terus berlangsung
- b) Perut penderita makin besar, tetapi tidak disertai tanda hamil dan uterusnya sebesar biasa.
- c) Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan
- d) Pemeriksaan tes biologis kehamilan dengan hasil negatif

(Hani dkk, 2011:78)

### 3. Mioma Uteri

Dapat terjadi amenorea, perut penderita makin membesar, uterusnya makin besar, terkadang tidak merata. Akan tetapi, tanda-tanda kehamilan seperti tanda Braxton Hicks dan reaksi kehamilan negatif. (Hani dkk, 2011:78)

### 4. Vesika Uteri dengan Retensio Urine

Uterus memiliki ukuran seperti pada umumnya, tanda-tanda kehamilan, dan reaksi kehamilan negatif. (Hani dkk, 2011:78)

### 5. Hematometra

- a) Terlambatnya datang bulan yang dapat melampaui umur hamil
- b) Perut terasa sakit setiap bulan
- c) Terjadinya tumpukan darah dalam rahim
- d) Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif
- e) Sebab hymen in perforate

(Hani dkk, 2011:78)

Tabel 2.6  
Diagnosis kehamilan

No	Kategori	Gambaran
1.	Kehamilan normal	1. ibu sehat 2. tidak ada riwayat obstetric buruk 3. ukuran uterus sama/sesuai usia kehamilan 4. pemeriksaan fisik dan laboratorium normal
2.	Kehamilan dengan masalah khusus	Seperti masalah keluarga atau psokosial, kekerasan dalam

		rumah tangga, kebutuhan financial
3.	Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganannya	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,2009:74

## K. Komplikasi Pada Ibu Dan Janin Selama Kehamilan

### 1. Kehamilan Muda

#### a) Perdarahan per Vagina

##### 1) Abortus

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

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

(b) Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung) terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban (Sulistyawati, 2009:163-172).

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

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

(e) Abortus kompletus (keguguran lengkap) jika ditemukan pasien dengan perdarahan per vagina disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim

dalam keadaan kosong (Sulistiyawati, 2012:163-172).

## 2) Kehamilan Mola

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

- (a) Terdapat gejala-gejala kehamilan muda yang lebih nyata dari kehamilan normal, mual muntah yang berlebihan.
- (b) Kadang kala ada tanda toksemia gravidarum (pusing, gangguan penglihatan, dan tekanan darah tinggi).
- (c) Terdapat perdarahan sedikit atau banyak, warna tengguli tua atau kecokelatan, tidak teratur.
- (d) Pembesaran uterus tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- (e) Keluar jaringan mola (seperti anggur) yang merupakan diagnosis pasti, namun jaringan mola ini tidak selalu ditemukan.

- (f) Muka dan badan kelihatan lebih pucat atau kekuning-kuningan, yang disebut muka mola (*mola face*).
- (g) Tidak teraba bagian-bagian *ballotement* janin dan gerakan janin.
- (h) Tidak terdengar DJJ, terdengar bising dan bunyi khas.
- (i) Pada tes kehamilan ditemukan kadar HCG yang tinggi.
- (j) Pada foto rontgen abdomen tidak terlihat adanya kerangka janin (pada usia kehamilan lebih dari tiga bulan).
- (k) Pada pemeriksaan USG ditemukan adanya gambaran badai salju (gambaran khas pada kehamilan mola) dan tidak terlihat adanya janin.

(Sulistyawati, 2009:163-172)

### 3) Kehamilan ektopik

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

- (a) Gejala amenore serta keluhan hamil muda
- (b) Pada KET jika terjadi abortus tuba, maka kemungkinan keluhan tidak begitu berat, hanya ada rasa sakit di perut dan pengeluaran darah per vagina
- (c) Perasaan nyeri dan sakit yang tiba-tiba di perut seperti di iris-iris dengan pisau disertai dengan muntah dan bisa sampai jatuh pingsan
- (d) Pada pemeriksaan tanda vital didapat denyut nadi yang kecil dan halus, serta tekanan darah yang rendah sampai tidak terukur
- (e) Nyeri bahu karena adanya rangsangan ke diafragma
- (f) Terdapat tanda Cullen, yaitu adanya warna biru lebam pada linea alba atau sekitar pusat
- (g) Adanya nyeri goyang porsio
- (h) *Douglas crise*, yaitu rasa nyeri tekan hebat ketika kavum Douglas ditekan
- (i) Teraba massa retrouterin (massa pelvis)
- (j) Per vaginam keluar *desidual cast*
- (k) Pada pemeriksaan palpasi dan perkusi terdapat tanda-tanda perdarahan intra-abdominal

(l) Pada pemeriksaan Hb serial didapati penurunan kadar Hb, selain itu juga terjadi leukositosis

(m) Cara lain yang dapat dilakukan untuk mendiagnosis KET adalah dengan pemeriksaan diagnostic laparaskopi dan USG

(Sulistyawati, 2012:163-172)

b) Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan kehidupan.

Faktor-faktor yang dapat menimbulkan hiperemesis adalah sebagai berikut:

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

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

## 1) Tingkat I

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

## 2) Tingkat II

- (a) Dehidrasi bertambah yang ditandai dengan: turgor kulit makin berkurang, lidah kering dan kotor, berat badan menurun, mata cekung.
- (b) Gangguan sirkulasi darah yang ditandai dengan: nadi cepat dan tekanan darah menurun, hemokonsentrasi, oliguria, obstipasi.
- (c) Gangguan metabolisme yang ditandai dengan: terjadi metabolisme anaerob dalam pemecahan lemak yang menyebabkan adanya badan keton, dijumpai dalam urine dan napas (bau keton), gangguan fungsi lever, terjadi ikterus.

## 3) Tingkat III

- (a) Dehidrasi makin berat
- (b) Mual muntah berhenti
- (c) Terjadi perdarahan dari esophagus dan retina

(d) Gangguan fungsi lever (ikterus) yang terus meningkat

(e) Penurunan kesadaran, somnolen sampai koma

(Sulistyawati, 2012:163-172)

## 2. Kehamilan Lanjut

### a) Perdarahan per Vagina

#### 1) Plasenta previa

Keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir.

Tiga klasifikasi plasenta previa, yaitu sebagai berikut:

(a) Plasenta previa totalis (sentralis): seluruh ostium ditutupi plasenta.

(b) Plasenta previa parsialis (lateralis): sebagian ostium ditutupi plasenta.

(c) Plasenta previa letak rendah (marginalis): tepi plasenta berada 3-4 cm di atas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba.

(Sulistyawati, 2009:163-172)

## 2) Solusio Plasenta

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

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

(Sulistyawati, 2009:163-172).

### L. Hormon pada Kehamilan

#### 1. Hormone antideuretik (ADH)

Pada kehamilan, ADH disekresi lebih banyak karena disebabkan oleh peningkatan sirkulasi darah ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi glomerulus juga meningkat sampai 69%. Reabsorpsi di tubulus tidak berubah, sehingga lebih banyak dapat dikeluarkan urea, glukosa, asam amino, asam folat dalam kehamilan sehingga terjadi poliuria (Dewi, 2011:142).

## 2. hormon oksitosin

Hormon ini dihasilkan oleh hipotalamus dan disimpan dalam kelenjar hipofisis posterior. Saat diperlukan oksitosin dilepaskan oleh kelenjar hipofisis posterior ketika menerima rangsangan saraf dari hipotalamus. Fungsinya termasuk mengerutkan sauran susu. Selain perannya dalam injeksi air susu tugas lain hormon ini memastikan terjadinya kerutan otot rahim saat persalinan sehingga memperlancar proses persalinan. Saat persalinan produksi oksitosin meningkat cepat. Pada saat yang sama, otot rahim mengembangkan kepekaan terhadap hormon oksitosin. Dibawah proses persalinan, sebagian perempuan diberi suntikan oksitosin untuk membantu mengatasi rasa sakit dan mempercepat proses persalinan. Agar produksi oksitosin normal, sel-sel yang membentuk hipotalamus harus mengetahui semua unsur yang terlibat dalam proses persalinan yang terjadi ditempat yang jauh darinya. Sel-sel ini harus mengetahui bahwa persalinan adalah proses sulit dan bahwa otot rahim harus dikerutkan agar menekan sibayi keluar. Selain itu, sel-sel harus mengetahui bahwa diperlukan produksi kimiawi untuk mendorong kerutan ketegangan otot rahim, dan harus mengetahui rumus kimia yang benar. (Dewi, 2012: 116-17). Hormon-hormon yang disekresi oleh plasenta yang mempengaruhi anatomi fisiologi ibu hamil:

### a) Hormon chorionic gonadotropin (HCG)

b) Bersamaan dengan perkembangan sel-sel trofoblast dari sebuah ovum yang baru dibuahi, Hormon HCG disekresi oleh sel-sel sinsitiotrofoblast kedalam cairan ibu. Sekresi hormon ini dapat diukur pertama kali dalam darah 8-9 hari setelah ovulasi, segera setelah blastosista berimplantasi dalam endometrium. Kemudian kecepatan sekresi akan meningkat sampai maksimal minggu ke-8 setelah ovulasi, dan menurun sampai kadar yang lebih rendah menjelang 16-20 minggu setelah ovulasi. Sekresi terus berlanjut pada kadar terendah ini selama sisa kehamilan. HCG merupakan glikoprotein dengan berat molekul 39.000 dan memiliki struktur dan fungsi yang sama dengan LH yang disekresi oleh kelenjar hipofisis. HCG juga menyebabkan sekresi hormon seks, progesteron dan estrogen dalam jumlah besar oleh corpus luteum untuk beberapa bulan kedepan. Sekresi hormon ini ( progesteron dan estrogen ) akan mencegah menstruasi dan menyebabkan endometrium terus berkembang dan menyimpan sejumlah besar nutrisi daripada menjadi luruh saat menstruasi. Akibatnya sel-sel yang menyerupai desidua yang berkembang dalam endometrium selama siklus seksual wanita normal, menjadi sel-sel desidua yang sangat membengkak dan banyak mengandung nutrisi. Fungsi dari hormon Hcg adalah :

- (1) Untuk mempertahankan korpus luteum dan mencegah menstruasi.

(2) Mempengaruhi korpus luteum menjadi korpus gravidarum

(3) Mempengaruhi testis janin dengan merangsang sel-sel interstisial leyding untuk menghasilkan testosteron dalam jumlah sedikit, yang mengakibatkan organ kelamin pria lah yang terbentuk. Kadar HCG yang tinggi dalam darah menyebabkan mual-muntah (morning sickness).

c) Estrogen dan Progesteron

Hormon ini disekresi oleh sel-sel insial trofoblas. Sebagian besar Estrogen yang disekresi adalah Estriol, yaitu Estrogen yang sangat lemah dan dibentuk dalam jumlah kecil pada wanita tidak hamil. Estrogen diplasenta tidak disintesis secara de novo dari zat-zat dasar plasenta, namun dari senyawa steroid androgen, dehidroepiandrosteron dan 16-hidroksidehidroepiandrosteron, yang dibentuk pada kelenjar adrenal ibu dan fetus. Androgen yang lemah ini kemudian dibawa ke plasenta dan diubah oleh sel trofoblas menjadi estradiol, estron, dan estriol. Kadar Estrogen yang tinggi selama kehamilan menyebabkan pembesaran uterus, pembesaran payudara dan pertumbuhan duktus payudara, serta pembesaran genitalia eksterna wanita. Estrogen juga merelaksasi berbagai ligamentum pelvis, sehingga persendian mempermudah jalannya fetus melalui jalan lahir.

Disisi lain , terjadi pula peningkatan signifikan sekresi progesteron oleh plasenta selama kehamilan (Dewi dkk,2011:143)

d) Korionik Somatomammotropin

Merupakan hormon plasenta yang baru di temukan. Hormon ini merupakan protein , dengan berat molekul 38.000, yang mulai disekresi oleh plasenta kira-kira minggu ke-5 kehamilan. Hormon ini memiliki fungsi penting yang berhubungan dalam nutrisi ibu dan anak. Fungsi hormon ini untuk metabolisme protein, bersifat laktogenik dan luteotropik, menimbulkan pertumbuhan janin dan mengatur metabolisme karbohidrat dan lemak (Dewi dkk,2011:145).

e) Human Placental Lactogen (HPL)

HPL adalah hormon yang dihasilkan oleh plasenta, yang merupakan hormon protein yang merangsang pertumbuhan dan menyebabkan perubahan dalam metabolisme karbohidrat dan lemak. Hormon ini berperan penting dalam produksi ASI. Kadar HPL yang rendah mengindikasikan plasenta yang tidak berfungsi dengan baik (Dewi dkk,2011:145).

f) Relaksin Hormon

Relaksin disekresikan oleh corpus luteum, ovarium dan juga oleh jaringan plasenta. Sekresi relaksin ini ditingkatkan oleh efek rangsangan dari HCG pada saat yang sama dengan

sekresinya sejumlah besar estrogen dan progesteron. Relaksin berfungsi melunakkan serviks wanita hamil pada saat persalinan dan merilekskan otot-otot polos. (Dewi dkk 2011: 147)

### 2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

#### A. Definisi persalinan

Partus biasa (normal) disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi dengan LBK dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam (Mochtar, 2011:101)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Pawirohrdjo, 2009:105).

Persalinan atau kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi karena cukup bulan (36-42 minggu) dan bersifat spontan kurang dari 18 jam tanpa ada factor penyulit dan komplikasi baik bagi ibu maupun janin (Moctar, 2015).

Persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hamper cukup bulan atau

dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri)

(Marmi,2016:98).

## B. Jenis-Jenis Persalinan

1. Jenis persalinan berdasarkan umur kehamilan dan BB bayi yang di lahirkan:

### a) Abortus

Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan, berat janin < 500 gram dan usia kehamilan < 20 minggu.

### b) Persalinan Immaturus

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

### c) Persalinan Prematuritas

Persalinan sebelum umur hamil 28 minggu sampai 36 minggu dan berat janin kurang dari 1000-2499 gram.

### d) Persalinan Aterm

Persalinan anatra umur hamil 37 minggu sampai 42 minggu dan berat janin diatas 2500 gram

### e) Persalinan Postterm

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

f) Presipitatus

Persalinan berlangsung cepat kurang dari 3 jam

(Marmi,2016:64)

2. Jenis jenis persalinan

a) Persalinan Spontan

Proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri (Aidit, 2012 : 3).

b) Persalinan Buatan

Menurut Sarwono Prawirohardjo (2005) dalam (Marmi,2012:3) persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *sectio caesarea*

c) Persalinan Anjuran

Pada umumnya persalinan terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan.

Persalinan kadang-kadang tidak mulai segera dengan sendirinya tetapi baru bisa berlangsung dengan dilakukannya amniotomi/pemecahan ketuban atau dengan induksi persalinan yaitu pemberian pitocin atau prostaglandin (Ika, 2014:4).

C. Lima benang merah

Terdapat lima dasar aspek yang sangat penting baik dalam persalinan normal maupun patologis, Lima Benang Merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien.

Keputusan ini harus bersifat akurat, komprehensif dan aman baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Ada empat langkah proses pengambilan keputusan klinik diantaranya:

- a) Pengumpulan data, pengumpulan data ini meliputi data subyektif dan data obyektif

Petugas kesehatan atau penolong persalinan mengumpulkan data subyektif maupun obyektif dari klien secara langsung. Data subyektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang sedang dialami, termasuk informasi tambahan yang diberikan oleh anggota keluarga tentang status keadaan ibu. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan

berdasarkan pemeriksaan atau pengantar terhadap ibu atau bayi baru lahir.

Cara mengumpulkan data, yaitu :

- 1) Berbicara dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada ibu tentang kondisi dan riwayat perjalanan penyakit.
- 2) Mengamati tingkah laku ibu apakah terlihat sehat atau sakit, aman atau terganggu.
- 3) Melakukan pemeriksaan fisik dengan cara : inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi
- 4) Melakukan pemeriksaan tambahan lainnya bila diperlukan, misalnya pemeriksaan laboratorium, Rontgen, dan sebagainya.

b) Diagnosis

Membuat diagnosis secara tepat dan cepat setelah mengumpulkan data dan dianalisa. Tahapan-tahapan untuk membuat diagnosa adalah sebagai berikut:

- 1) Memastikan bahwa data-data yang ada dapat mendukung diagnosa
- 2) Mengantisipasi masalah atau penyulit yang mungkin terjadi setelah diagnosis

3) Memperhatikan kemungkinan sejumlah diagnosa banding atau diagnosa ganda

(a) Penatalaksanaan asuhan atau perawatan, dinataranya meliputi membuat rencana kemudian melaksanakan rencana. Pemilihan intervensi efektif dipengaruhi oleh :

- (1) Bukti-bukti klinik
- (2) Keinginan dan kepercayaan ibu
- (3) Tempat dan waktu asuhan
- (4) Perlengkapan, bahan, dan obat-obatan yang tersedia
- (5) Biaya yang diperlukan
- (6) Tingkat keterampilan dan pengalaman penolong persalinan
- (7) Akses, transportasi, dan jarak ke tempat rujukan
- (8) Sistem dan sumber daya yang mendukung ibu (suami, anggota keluarga, sahabat)

c) Evaluasi

Setelah melakukan penatalaksanaan yang telah dikerjakan tentunya harus adanya evaluasi. Kemudian menentukan apakah perlu adanya pengkajian ulang atau

meneruskan sesuai dengan kebutuhan saat itu atau kemajuan pengobatan.

## 2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan meliputi :

- a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- b) Jelaskan semua asuhan dan perwatakan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya
- d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
- e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu, berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya
- f) Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya

- g) Ajarkan suami dan anggota-anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memerhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya
- h) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik
- i) Hargai privasi ibu
- j) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- k) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
- l) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
- m) Hindari tindakan berlebihan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran, dan klisma
- n) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- o) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir
- p) Siapkan rencana rujukan (bila perlu)
- q) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan-bahan perlengkapan dan obat-obatan yang diperlukan, siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran

3. Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan :

- a) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)
  - b) Bantu ibu untuk menyusukan bayinya, anjurkan memberikan ASI sesuai dengan yang diinginkan bayinya dan ajarkan tentang ASI eksklusif
  - c) Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan
  - d) Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayinya
  - e) Ajarkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir
4. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum

ditemukan pengobatannya, seperti misalnya hepatitis dan HIV/AIDS.

Definisi tindakan-tindakan pencegahan infeksi :

a) Asepsis atau Teknik Aseptik

Adalah istilah umum yang biasa digunakan dalam pelayanan kesehatan. Istilah ini dipakai untuk menggambarkan semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh dan berpotensi untuk menimbulkan infeksi. Teknik aseptik membuat prosedur lebih aman bagi ibu, bayi baru lahir dan penolong persalinan dengan cara menurunkan jumlah atau menghilangkan seluruh (eradikasi) mikroorganisme pada kulit, jaringan dan instrumen/peralatan hingga tingkat yang aman.

b) Antiseptik

Mengacu pada pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya

c) Dekontaminasi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman berbagai benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis, sarung tangan dan

permukaan (misalnya meja periksa) harus segera didekontaminasi setelah terpapar darah atau cairan tubuh.

d) Mencuci dan Membilas

Adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing (misalnya debu, kotoran) dari kulit atau instrumen/peralatan.

e) Desinfeksi

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan hampir semua mikroorganisme penyebab penyakit yang mencemari benda-benda atau instrumen.

f) Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

Adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri dengan cara merebus atau kimiawi.

g) Sterilisasi

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

Tindakan- tindakan pencegahan infeksi meliputi :

1) Cuci tangan

- 2) Memakai sarung tangan dan perlengkapan perlindungan lainnya
- 3) Memproses alat bekas pakai
- 4) Menangani peralatan tajam dengan aman
- 5) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar
- 6) Menggunakan aseptis atau teknik aseptik

5. Prinsip-prinsip pencegahan infeksi

PI yang efektif didasarkan pada prinsip-prinsip berikut :

- a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi dapat bersifat asimtomatik (tanpa gejala)
- b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi
- c) Permukaan benda di sekitar kita, peralatan dan benda-benda lainnya yang akan dan telah bersentuhan dengan permukaan kulit yang tak utuh, lecet selaput mukosa atau darah harus dianggap terkontaminasi hingga setelah digunakan, harus diproses secara benar
- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau benda lainnya telah di proses dengan benar maka semua itu harus dianggap masih terkontaminasi
- e) Resiko infeksi tidak bisa dihilangkan secara total, tapi dapat dikurangi hingga sekecil mungkin dengan

menerapkan tindakan-tindakan PI secara benar dan konsisten

#### 6. Pencatatan (Dokumentasi)

Catat semua asuhan yang telah diberikan kepada ibu dan atau bayinya. Jika asuhan tidak dicatat, dapat dianggap bahwa hal tersebut tidak dilakukan.

Yang diperhatikan dalam pencatatan adalah:

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

#### 7. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan yaitu kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi).

Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk melaksanakan kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir seperti :

- a) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- b) Transfusi darah
- c) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cuman
- d) Pemberian antibiotik intravena
- e) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir.

Adapun yang wajib untuk diketahui oleh setiap penolong persalinan, antara lain :

- 1) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- 2) Ketersediaan pelayanan purna waktu
- 3) Biaya pelayanan
- 4) Waktu dan jarak tempuh ke tempat rujukan

Oleh karena sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi, maka pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal anjurkan ibu untuk membahas dan membuat rencana rujukan bersama suami dan keluarganya untuk menjelaskan tentang perlunya rencana rujukan apabila diperlukan.

Dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi harus disertai BAKSOKUDA, yaitu :

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

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

#### D. Sebab-sebab persalinan

##### 1. Teori penurunan hormon

1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.

##### 2. Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi ke-kejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

##### 3. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplacenta.

##### 4. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks, terletak ganglion servikale (pleksus frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

##### 5. Induksi partus (induction of labour)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan:

a) Gagang laminaria

Beberapa laminaria dimasukkan dalam kanalis servisis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser

b) Amniotomi

Pemecahan ketuban

c) Tetesan oksitosin

Pemberian oksitosin melalui tetsan per infus.

(Mochtar,2011:69)

E. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Power / tenaga yang mendorong anak

a) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

1) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks

2) Terdiri dari : his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri

3) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks

b) Tenaga mengejan

1) Kontraksi dinding otot- otot dinding perut

2) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan

3) Paling efektif saat kontraksi/his

b) Passage / panggul

a) Bagian bagian tulang panggul

1) Dua os coxae

## (a) Os ischium

Terdiri atas corpus tempat bersatunya ramus inferior dan superior

(1) Corpus membentuk acetabulum

(2) Ramus superior terletak dibelakang dan bawah corpus

(3) Ramus inferior menjadi satu dengan ramus inferior osis pubis

(4) Spina ischiadica memisahkan insisura ischiadica mayor dengan insisura minor

(5) Tuber ischiadikum adalah bagian terbawah ischium dan merupakan tulang duduk pada manusia

## 2) Os pubis

Terdiri dari corpus dan dua buah rami

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

(b) Crista pubis adalah tepi atas corpus

(c) Tuberculum pubicum adalah ujung lateral crista pubica

(d) Ramus superior bertemu dengan corpus osis pada tuberculum pubicum dan dengan corpus osisi illii pada linea illiopectinea. Ramus superior membentuk sebagian acetabulum

(e) Ramus inferior menjadi satu dnegan ramus superior ossis ischii

### 3) Os sacrum

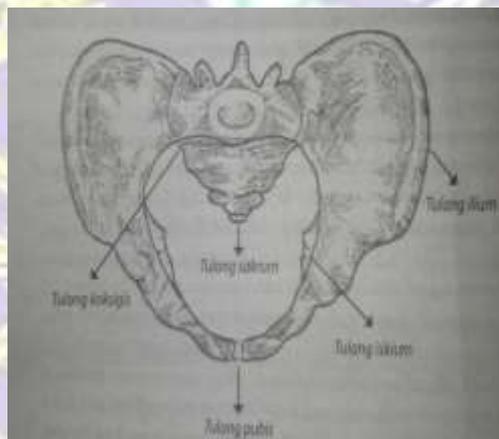
- a) Berbentuk segitiga, basis diatas apek dibawah
- b) Terdiri dari 5 os vertebrae yang tumbuh menjadi satu
- c) Diantara os coxae, melekat pada tulang tersebut melalui asticulatio sacroiliaka
- d) Permukaan atas vertebrae sacralis pertama bersendi dengan epermukaan bawah vertebrae lumbak ke-5
- e) Permukaan depan cekung, belakangnya cembung
- f) Promontorium adalah tepi anterir superior vertebrae sacralis pertama. Bagian ini sedikit menonjol kedalam cavum pelvis, sehingga mengurangi diameter anteroposterior aditus pelvis

### 4) Os illium

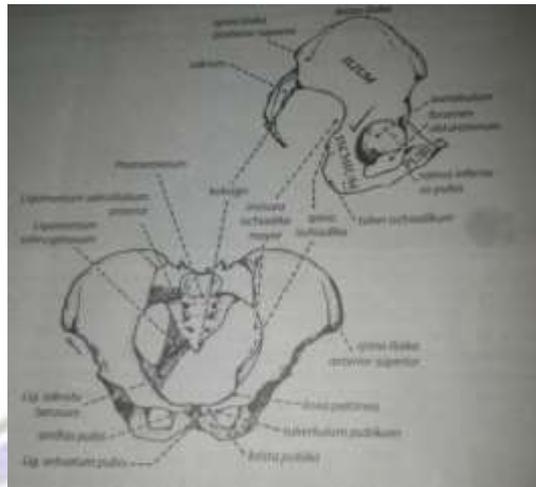
Titik penting :

- a) Spina illiaka anterior superior : tempat perlekatan ligamentum inguinale

- b) Spina illiaca posterior superior : setinggi vertebra sacral kedua, dari luar tampak lekuk pada kulit
  - c) Crista illiaca yang memanjang dari spina illiaca anterior superior ke spina illiaca posterior superior
- 5) Os cossygis : pelvis mayor disebelah atas pelvis minor, superior dari linea terminalis. Fungsi obstetriknya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.



Gambar 2.12  
Tulang panggul  
Sumber : ( Sulistyawati,2009:89)



Gambar 2.13  
Panggul serta persendiannya  
Sumber : (Sulistiyawati,2009:89)

b) Bagain bagian pelvis minor

Pelvis minor, dibagi 3 bagian

1) Pintu atas panggul/PAP

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

2) Cavum pelvis

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

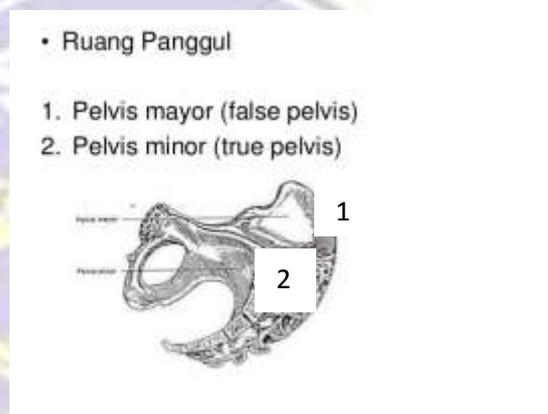
### 3) Pintu bawah panggul / PBP

Berbentuk jajaran genjang, batas-batasnya

(a) Anterior : lig arcuatum pubis dan arcus pubis

(b) Lateral : tuber isciadikum dan ligamentum  
sacrotuberosum

(c) Posterior : ujung os sacrum



Gambar 2.14  
Pelvis mayor dan minor  
Sumber : ( Sulistyawati, 2010:90)

### c) Bidang panggul

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda.

Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan

#### 1) Pintu atas panggul

(a) Diameter transversa (13,5 cm)

(b) Konjugata obstetrica normal >10 cm

(c) Conjugata anatomica

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

(e) Conjugata obstetrika

(f) Jarak antara pertengahan promontorium dengan margoposterior superior symphysis pubis 11 cm

(g) Conjugata diagonalis

(h) Jarak antara angulus subpubikus dengan pertengahan promontorium 12,5 cm

(i) Diameter transversa

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

(j) Diameter oblik sinistra

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

(k) Diameter oblik dekstra

Jarak antara articulatio dekstra dengan eminentia ileopoteneasinistra 12,5 cm

(l) Diameter sagitalis posterior

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

2) Bidang luas panggul

- (a) Diameter interspinosum (10 cm)
- (b) Bidang terkecil dari cavum pelvis

Bagian terluas dan bentuknya hampir mirip seperti lingkaran, batasnya adalah :

(1) Anterior : titik tengah permukaan belakang os pubis

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

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

### 3) Pintu bawah panggul

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

(a) Batas segitiga depan : basisnya : distansia

Intertuberosum; Apexnya : angulus subpubicus ;  
sisnya : ramus osis pubis dan tuber ischiadicum

(b) Batas segitiga belakang : basisnya : distansia

interspinosum; apexnya : articulatio sacrococygealis;  
sisinya : ligamentum sacrotuberosum

### Diameter PBP

(a) Diameter antero posterior anatomis dari margo

inferior sympisis pubis ke ujung os coccygis 9,5 cm

(b) Diameter antero posterior obstetrik dari margo inferor symphysis pubis ke articulatio sacrococcygealis 11,5 cm

(c) Diameter transversa  
Jarak antara permukaan dalam tuber ischiadicum kanan kiri 11 cm

(d) Diameter sagitalis posterior dari pertengahan diameter transversa ke artikulasio sacro coccygealis 9 cm

(e) Diameter sagitalis anterior dari pertengahan diameter transversa ke angulus subpubicus 6 cm

Bidang Hodge

Bidang hodge berguna untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

( a ) *hodge I* : bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas *simfisis* dan *promotorium*.

(c) *Hodge II*: bidang yang sejajar *hodge 1* setinggi bagian bawah *simfisis*.

(d) *Hodge III*: bidang yang sejajar I, II setinggi *spina ischiadica*

(e) *Hodge IV*: bidang yang sejajar *Hodge I, II, III* setinggi tulang *koksigis*.



gambar 2.15

Penurunan kepala sesuai bidang *Hodge*

Sumber : ( Sulistyawati, 2009:95)

4) Bidang sempit panggul

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

(b) Terbantang dari apek arcus subpubis, melalui spina isciadika ke sacrum (hubungan antara vertebra sacralis ke 4-5

(c) Batas batas :

(1) Tepi bawah symphysis pubis

(2) Spina ischiadica

(3) Lig sacrospinosum

(4) Os sacrum

c) Passanger / fetus

a) Akhir minggu ke-8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu ke-12

b) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnay sudah dapat dikenali

- c) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu
- d) Djj mulai terdengar minggu 18-20 minggu
- e) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- f) Berat rata rata janin laki laki 3400 gr/ perempuan 3150 gr
- g) Janin cukup bulan lingkaran kepala dan bahu hampir sama

(Mochtar,2015:89)

#### F. Tanda-tanda permulaan persalinan

1. Lightening atau settling atau dropping,

Kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas.

2. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
3. Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
4. Perasaan nyeri diperut bawah dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus kadang-kadang disebut “false labor pains”
5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (bloody show).

(Mochtar,2015:92)

#### G. Tanda persalinan

- a) Terjadinya his persalinan

His persalinan memiliki ciri khas pinggang tersanya nyeri yang menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks, makin beraktifitas(jalan) kekuatan makin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dan darah(pembawa tanda)

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan perdarahan 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 (Manuaba,2010:76).

H. Mekanisme persalinan

1. Mekanisme persalinan

cara penyesuaian diri dan lewatnya janin melalui panggul ibu.

Ada 6 gerakan dengan overlapping yang jelas.diuraikan sebagai berikut:

a) Penurunan

Penurunan yang meliputi engagement pada diameter obliqua kanan panggul berlangsung terus selama persalinan normal pada waktu janin melalui jalan lahir. Penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah dan pada kala II dibantu oleh daya mengejan dari pasien dan sedikit oleh gaya berat. (Pantikawati dkk, 2010 : 86).

b) Flexi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi fleksi sebagian oleh karena itu merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tekanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun mendahului sinciput. UUK lebih rendah daripada bregma dan dagu janin mendekati dadanya. Biasanya ini terjadi di PAP tetapi mungkin pula baru sempurna setelah bagian terendah mencapai dasar panggul. (Pantikawati dkk, 2010:86).

c) Putar paksi dalam

UUK masuk PTP tempat berhubungan dengan dasar panggul (Musculus dan fasica levator ani). UUK berputar 450 kekanan (menuju garis tengah). Sutura sagitalis pindah dari diameter obliqua kanan ke diameter anteroposterior panggul: LOA (left occipito anterior) ke OA ( occipito anterior). UUK mendekati symphysis pubis dan sinciput mendekati sacrum. Kepala berputar dari diameter obliqua

kanan ke diameter anteroposterior panggul tetapi bahu tetap pada diameter obliqua kiri. Dengan demikian hubungan normal antara sumbu panjang kepala` dengan sumbu panjang bahu berubah dan leher berputar 450

(Dewi, 2012 : 17).

d) Ekstensi

Ekstensi pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan ke bawah dan dasar panggul yang menimbulkan tekanan ke bawah. Dan dasar panggul yang memberikan tahanan perlu di perhatikan bahwa dinding depan panggul (pubis) panjangnya hanya 4 sampai 5cm, sedangkan dinding belakang (sacrum) 10-15 cm dengan demikian sinciput harus menempuh jarak yang lebih panjang daripada occiput dengan semakin turunnya kepala terjadilah penonjolan perineum diikuti dengan lengan kepala membuka pintu (crowning).occiput lewat melalui PAP perlahan-lahan dan tengkuk menjadi titik putar di angulus subpubicus. Kemudian dengan proses extensi yang cepat sinciput sepanjang sacrum dan berturut-turut lahirnya bregma, dahi, hidung, dan dagu melalui perineum.

( Pantikawati dkk, 2010 : 90).

e) Resusitasi

Pada waktu kepala mencapai dasar panggul. Maka bahu memasuki panggul oleh karena panggul tetap berada pada diameter obliqua sedangkan kepala berputar kedepan. Maka leher ikut berputar. Begitu kepala dilahirkan dan bebas dari panggul maka leher berputar kembali dan kepala mengadakan resusitasi kembali (OA menjadi LOA) sehingga hubungannya dengan bahu dan kedudukannya dalam panggul menjadi normal kembali.

f) Putar paksi luar

Putar paksi luar kepala sebenarnya merupakan manifestasi putar paksi dalam daripada bahu. Pada bahu mencapai dasar panggul bahu depan yang lebih rendah berputar ke depan dibawah symphysis dan berdiameter bisacromialis berputar dari diameter obliqua ke kiri menjadi diameter anteroposterior panggul. Dengan begini memanjangkan bahu maka diameter memanjangkan bahu dapat sesuai dengan diameter memanjang PBP. Kepala yang telah berputar kembali untuk mengembalikan hubungan normal dengan bahu. Sekarang berputar untuk memepertahankan LOA menjadi LOT(Pantikawati dkk,2010:92).

2. Mekanisme bahu

Pada waktu kepala tampak di PBP, memasuki PAP . mereka engage pada obliqua yang berlawanan dengan kepala. Misalnya

pada LOA kalau kepala engage pada diameter obliqua kanan PAP maka bahu engage pada obliqua kiri. Kontraksi uterus dan kejang perut ibu mendorong janin ke bawah simpisis. Berputar bahu ke dapean berlawanan arah dengan putaran kepala ke depan. Bahu depan lahir dibawah simpisis pubis menjadi titik putar disana. Kemudian bahu belakang lahir melalui perineum dengan gerakan flexi lateral.

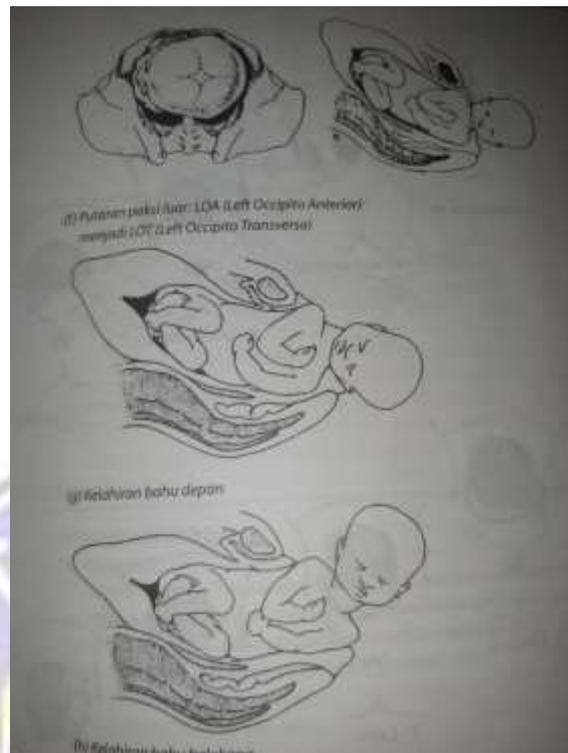
### 3. Kelahiran badan dan anggota

Setelah bahu dilahirkan maka bagian tubuh janin lainnya lahir dengan kontraksi perut ibu tanpa mekanisme yang khusus dan tanpa kesulitan.

(Rahayu,2017:74)



Gambar 2.16  
Mekanisme persalinan  
Sumber : (Sulistyawati, 2009:75)



Gambar 2.17  
Proses kelahiran janin  
Sumber : (Sulistyawati, 2009:76)

## I. Proses Persalinan

### 1. Kala 1 persalinan

Kala 1 persalinan ialah pembukaan leher rahim. Dimulai dengan kontraksi berirama secara teratur dan berakhir pada saat leher rahim sudah membuka penuh.

#### a) Sebab-sebab permulaan persalinan

Penyebab sebenarnya dari permulaan persalinan tetap tidak dapat dipastikan, disebabkan oleh banyak faktor pada mulanya, berupa kombinasi dari faktor-faktor hormon dan faktor mekanis. Estrogen ibu mencapai tingkat optimum

dalam minggu-minggu terakhir kehamilan yang menimbulkan terbentuknya reseptor oksitosik dalam sel-sel otot uterus dan menyebabkan progesteron tidak bereaksi. Hal ini dibarengi dengan jumlah prostaglandin yang dirangsang oleh perubahan desidua serta pada selaput yang menyebabkan uterus berkontraksi.

b) Fisiologi persalinan kala 1

1) Durasi

Lamanya persalihan ini sangat bervariasi dan di pengaruhi oleh paritas ibu dengan interval, keadaan psikologis, posisi, bentuk , ukuran panggul, serta karakter dari kontraksi uterus tersebut. Sebagian besar dari seluruh tahapan persalinan adalah merupakan proses dari kala satu pada umumnya diharapkan bahwa fase aktif akan berakhir dalam waktu 12 jam.

2) Aksi uterus

Setiap kontraksi uterus selalu bermula dari fundus di dekat salah satu kornuanya dan merebet melintas sampai ke bawah. Kontraksi tersebut terangsang paling lama disana dan sekaligus juga paling kuat dibagian fundus tetapi mencapai puncaknya secara bersamaan diseluh bagian uterus dan kemudian kontraksi tersebut mereda diseluh bagian secara bersamaan.

### 3) Kontraksi dan retraksi

Otot-otot uterus memiliki satu sifat yang unik. Selama persalinan berlangsung, kontraksi tidak seluruhnya berlanjut tetapi serabut otot menahan sebagian dari pemendekan kontraksi dan tidak seluruhnya rileks sepenuhnya, ini disebut retraksi. Pada awal persalinan kontraksi uterus terjadi setiap 15-20 menit dan bisa berlangsung kira-kira 30 detik. Kontraksi ini biasanya terjadi dengan keteraturan yang berirama dan interval (selang antar waktu) kontraksi menjadi lebih pendek, sementara lamanya kontraksi semakin panjang. Pada akhir kala satu kontraksi bisa terjadi 2-3 menit selang waktunya, dan berlangsung selama 50-60 detik dan sangat kuat.

### 4) Pembentukan segmen atas dan bawah uterus

Segmen uterus bagian atas terutama dikaitkan dengan kontraksi dan tebal serta berotot, sedangkan segmen bagian bawah disiapkan untuk pengembangan dan pembukaan serta lebih tipis. Segmen bagian bawah terlalu berkembang dari isthmus dan panjang kira-kira 8-10 cm (Mochtar, 2015:89).

### c) Kala I persalinan terdiri atas 2 fase, yaitu :

#### 1. Fase Laten

Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menimbulkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm pada umumnya fase laten berlangsung hingga 8 jam.

## 2. Fase Aktif

Pembukaan serviks 4 cm sampai 10 cm berlangsung selama 6 jam. Fase aktif dibagi menjadi 3, yaitu :

- 1) Fase akselerasi : primigravida pembukaan serviks bertambah dari 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu sekitar 2 jam.
- 2) Fase dilatasi maksimal : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi lebih cepat menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan melambat dari 9 cm sampai lengkap (Hj. Ilah, 2010 :5-6).

Tabel 2.7  
Diagnosa Kala dan Fase Persalinan

Gejala dan Tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalinan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Aktif
Serviks berdilatasi 4-9 cm a. Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih per jam b. Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap (10 cm)	II	Awal

a. Penurunan kepala berlanjut b. Belum ada keinginan untuk meneran		(Nonekpilsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) a. Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul b. Ibu meneran	II	Aktif (Ekspulsif)

Sumber: Sulistyawati, 2009:198

## 2. Kala II persalinan

Pengeluaran (ekspulsi) janin . kala II dari persalinan dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan kelahiran bayi. Tahap ini dikenal dengan kala pengeluaran.

### a) Tanda-tanda kala II

- 1) His menjadi lebih kuat (3 detik -4 detik sekali)
- 2) Mengeluarkan darah dan lendir banyak
- 3) Bila datang his disertai ibu mengejan.
- 4) KK pecah sendiri pada kala II, kadang-kadangan kulit ketuban pecah pada akhir kala I, vulva membuka, anus membuka dan perinium menonjol (tidak selalu).
- 5) Bila KK sudah pecah maka pada waktu his tampak penonjolan kepala anak, kulit ketuban menonjol keluar (bila his hilang kulit ketuban akan kembali tidak tampak).

### b) Kemajuan persalinan

Pada wanita primipara, tahap turun masuknya (engagement) janin harusnya terjadi lebih lambat dari fase aktif pada kala

satu persalinan sedangkan pada wanita multipara tidak terjadi engagement tersebut pada saat permulaan kala dua dari persalinan. Angka rata-rata kecepatan turun maksimum 1,6 cm perjam pada primipara dan 5,4 cm perjam pada multipara. Lamanya kala dua rata-rata adalah 1 jam untuk primipara dan 15 menit pada wanita multipara, pada umumnya kala dua yang berlangsung lebih dari 2 jam bagi primipara atau 1 jam pada multipara dianggap sudah abnormal .

c) Perbedaan lama kala I dan kala II persalinan

nmjTabel 2.8  
Perbedaan lama kala I dan kala II

Kelompok	Kala satu (jam)	Kala dua ( menit)
Primipara Rata-rata-SD	8,1±4,3	54±39
Multipara Rata-rata-SD	5,7±3,4	19±21

Sumber : (Mochtar, 2015:102).

Kontraksi selama kala dua adalah sering kuat dan sedikit lebih lama yaitu kira-kira setiap 2 menit, yang berlangsung 60 sampai 90 detik dengan intensitas tinggi dan ekspulsif.

d) Posisi dalam persalinan

Posisi yang boleh diambil oleh ibu akan tergantung pada beberapa faktor:

- 1) Kondisi ibu dan janin. Jika khawatir mengenai kesehatan ibu atau bayinya, maka pemantauan yang harus sering dan terus menerus dilakukan mungkin akan membatasi pilihannya dalam memilih posisi.
- 2) Pilihan pribadi ibu. Hendaknya menjadi pertimbangan bidan waktu menolong ibu yang akan bersalin.
- 3) Lingkungan. Untuk alasan keselamatan dan juga privasi ada kemungkinan bahwa tidaklah mungkin untuk mempertimbangkan posisi-posisi alternatif
- 4) Keyakinan bidan. Melihat kemampuan dirinya sendiri untuk mengawasi dan menolong kelahiran bayi diutamakan melihat keinginan pasiennya dalam memilih posisi dalam melahirkan.
- 5) Posisi semi telentang dan ditopang  
Posisi dalam melahirkan bisa dengan posisi semi telentang dan ditopang dengan paha diangkat ke atas. Posisi ini dianjurkan, jika ibu menggeletak datar pada punggung maka kompresi vena caval akan meningkat yang akan menyebabkan timbulnya hipotensi dan hal ini bisa mengarah perfusi plasenta yang berkurang serta oksigenasi janin yang berkurang
- 6) Membuat bidan mendapat akses yang baik serta pandangan yang jelas atas perineum(Rahayu, 2017:98).

e) Langkah-langkah kala II

1. Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarganya. Anjurkan agar ibu selalu di damping oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran banyinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energy dalam mengejan.

R/persiapan energi ibu untuk persalinan.

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring ke kiri. Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan

dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

4. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

a) Bila his jarang, bagian terdalam belum masuk pintu atas panggul dan ketuban  $\ominus$  maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.

b) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban  $\ominus$  ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.

c) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban  $\text{O}$  pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalianan akan terjadi terlalu cepat.

d) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban  $\ominus$  atau  $\text{O}$ , penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalianna yang terlalu cepat.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

2. Observasi TTV dan HBPK

a) DJJ setiap  $\frac{1}{2}$  jam.

b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap  $\frac{1}{2}$  jam.

- c) Nadi setiap ½ jam.
- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- f) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
- g) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam
- R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

3. Anjurkan ibu untuk menggosok kandung kencing tiap 2 jam.

Dalam proses persaliann harus berkemih tiap 2 jam/ lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

4. Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinaan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinaan normal (Wiknjosastro,2008:84)

1. Mengenali tanda dan gejala kala II

Rasional : dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II:

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

2. Menyiapkan pertolongan persalinan

Rasional : persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

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

3. Pakai celemek plastik

celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008: 80)

R/mencegah tertularnya penyakit

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/ menghindari atau mencegah infeksi yang dapat tertular dari tangan

5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

Rasional : penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan atau pathogen yang menular melalui darah

(Varney dkk, 2007: 117)

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

R/ menghindari terjadinya kontaminasi

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekaknya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa steril air DTT.
  - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang.
  - b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
  - c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% )
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.

Rasional : pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture portio dan keadaan janin yang baik agar tertolong dengan prosedur persalinan normal).

a) Lakukan periksa dalam pastikan pembukaan sudah lengkap.

b) Bila selaput ketuban pecah, lakukan amniotomi.

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan dengan cara mencelupkan tangan yang memakai sarung tangan ke dalam 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.

R/ menghindari atau mencegah infeksi

10. Periksa DJJ setelah kontraksi atau 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 DJJ dan semua hasil-hasil penilain.

c) menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

Rasional : 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.

Rasional : jika ibu terbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (Janin, cairan ketuban, plasenta) meneran cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif

(Winkjosastro,2008:197).

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 merasa nyaman).

R/ Membantu proses penurunan kepala

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
- f) Beri cukup keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- g) Beri cukup asupan cairan per oral (minum)
- h) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- i) 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/ Mempercepat penurunan kepala janin

15. Persiapkan pertolongan kelahiran bayi

Rasional : mmepersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

16. Letakkan handuk bersih (untuk mnkeringkan bayi) diperut ibu, jika kepla bayi telah membuka vulva diameter 5-6 cm.

R/ Mengeringkan bayi saat bayi lahir

17. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

R/ Menyerap darah yang keluar saat persalinan berlangsung.

18. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

R/ memastikan bahwa tidak ada alat yang kurang

19. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ menghindari atau mencegah infeksi

20. Persiapkan pertolongan kelahiran.

Rasional : menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum. Kelahiran kepala

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

Rasional : melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum

Wiknjosastro, 2008 : 89)

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

Rasional : perasat ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney dkk, 2008; 1146)

- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- b) Jika tali pusat melilit leher secara ketat, klem tali pusat di dua tempat dan potong dua klem tersebut.

23. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal.

R/ membantu melahirkan kepala bayi

24. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ melahirkan bahu depan dan bahu belakang

Lahirnya badan dan tungkai.

25. 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.

R/ melahirkan tubuh dan lengan bayi

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

Penangan bayi baru lahir.

Rasional : penangan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

27. Lakukan penilaian bayi baru lahir dengan dua pertanyaan, yaitu:

- a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?
- b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?
- c) Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

28. 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/ menghindari bayi agar tidak hipotermi

29. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

R/ mengetahui apakah ada bayi kedua

30. Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ membantu agar uterus berkontraksi dengan baik

31. 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 menyuntikan oksitosin).

R/membantu uterus agar berkontraksi dengan baik

32. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong n pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

R/membantu proses pemotongan tali pusat

33. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan penggantungan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

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

c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

34. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

R/ meningkatkan ikatan bayi dengan ibu

35. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

R/ bayi tidak hipotermi

a) Kala III

Penatalaksanaan aktif persalinan kala III (Winkjosastro, 2008: 100-106) penanganan tali pusat bayi.

Rasional : untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

36. Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

R/ mempermudah dalam melakukan PTT

37. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain meregangkan tali pusat

R/ membantu merangsang kontraksi uterus

38. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat 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.

Rasional : massage uterus merangsang kontraksi uterus.

39. 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 terlepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
  - 1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
  - 2) Lakukan katektisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
  - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
  - 4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

- 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.
40. Saat plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
41. Rangsangan taktil (massage uterus)  
Rasional : massage uterus merangsang kontraksi
42. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik  
R/ membantu kontraksi uterus
43. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus

R/ memastikan selaput ketuban tidak ada yang tertinggal di dalam

44. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Rasional : pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

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

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

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

46. Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K<sub>1</sub> 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

R/ menghindari terjadinya perdarahan pada bayi

47. Setelah 1 jam pemberian vitamin k<sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu- waktu bisa disusukan.

- b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui

48. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah 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 sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.

49. Ajarkan ibu dan keluarga cara massage 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.

R/mengetahui jumlah darah yang keluar

51. Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum.

- a) Memeriksa temperature suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.
- b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal

R/ Mendeteksi tanda bahaya pada ibu

52. Periksa kembali bayi memastikan bayi bernapas dengan baik (40-60X/menit) serta suhu tubuh normal ( $36,5^{\circ}\text{C}$ -  $37,5^{\circ}\text{C}$ ).

R/ memastikan bayi dalam keadaan normal

53. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

R/ menghindari atau mencegah infeksi

54. Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai

R/ agar tidak terkontaminasi

55. Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

R/agar ibu terhindar dari infeksi dan ibu merasa nyaman

56. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberikan makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

R/ Kebutuhan nutrisi ibu tercukupi

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

R/ agar terhindar dari infeksi

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

R/ Terhindar dari infeksi

59. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir

R/ terhindar dari infeksi

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

R/ partograf terisi lengkap

### 3. Kala III persalinan

Pemisahan dan pengeluaran plasenta dan selaput yang juga melibatkan pengendalian perdarahan. Proses ini berlangsung mulai dari saat lahirnya bayi hingga dikeluarkannya plasenta dan selaput ketuban. Kala III persalihan dimulai setelah selesainya kelahiran bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara 5 sampai 10 menit.

#### a) Evaluasi atas kemajuan persalinan

Kala tiga persalinan terdiri dari dua fase. Fase pertama ialah pemisah plasenta dan fase kedua ialah pengeluaran plasenta. Kontraksi berjalan setiap antara 2 sampai 2 ½ menit selama kala dua persalinan. Setelah bayi lahir kontraksi berikutnya akan menyusul setiap 4 sampai 5 menit hingga plasenta telah memisah dan dikeluarkan. Setelah plasenta memisah ia turun ke bawah segmen uterus yang lebih rendah atau ke dalam ruang vagina, yang menyebabkan :

- 1) Semburan atau pancaran sejumlah kecil darah
- 2) Pemanjangan tali pusat yang terlihat pada introitus vagina
- 3) Perubahan bentuk uterus dari discoid menjadi globuler saat uterus sekarang berkontraksi atas dirinya sendiri.
- 4) Perubahan dalam posisi uterus. Plasenta naik dalam abdomen oleh karena bagian utama dari plasenta tersebut segemen bawah dari uterus atau ruang vagina bagian atas bergerak menggeser uterus ke atas. Pengeluaran plasenta dimulai dengan penurunan plasenta ke dalam segmen bawah uterus. Plasenta kemudian berjalan lewat serviks menuju ruang vagina bagian atas dan kemudian plasenta dikeluarkan. Pengeluaran plasenta tersebut terjadi karena salah satu dari dua mekanisme.

b) Mekanisme pengeluaran plasenta

1) Mekanisme schulz pengeluaran plasenta.

Kelahiran plasenta dengan sisi janin yang terlebih dahulu menyodor. Penyodoran ini diyakini terjadi karena ketika pemisahan dimulai dibagian tengah dengan pembentukan yang serupa dari satu pengumpulan retro plasenta tengah turun lebih dulu.

2) Mekanisme duncan pengeluaran plasenta

Kelahiran dengan sisi ibu dari plasenta yang menyodor. Penyodoran seperti ini terjadi ketika pemisahan semula terjadi di pinggir atau sekeliling plasenta. Darah terlepas diantara selaput dan dinding uterus dan yang terlihat dari bagian luar.

c). Langkah-langkah penatalaksanaan aktif persalinan kala III

1. Memberikan Oksitosin

10 IU oksitosin diberikan secara intramuscular selambat-lambatnya dalam 2 menit sesudah bayi dilahirkan untuk menstimulus kontraksi uterus.

2. Penegangan tali pusat terkendali

Langkah-langkahnya adalah :

a) Penolong berdiri pada sisi kanan pasien.

b) Jepit klem pada tali pusat (kurang lebih 5-10 cm di depan vulva) kemudian letaknya 4 jari pada bagian depan bawah dari korpus uterus tepat segemen bawah uterus.

c) Selama kontraksi pegang klem dengan tangan kanan dan tegangkan tali pusat dengan hati-hati sementara tangan kiri menekan uterus ke arah dosal kranial pada daerah suprapubik.

d) Pertahankan penegangan pada tali pusat samapi tampak tanda-tanda pelepasan plasenta (keluarnya sejumlah darah atau tali pusat memanjang) bila perlu pindahkan klem lebih dekat ke arah perineum saat tali pusat memanjang.

e) Ketika plasenta mulai terlepas, anjurkan ibu untuk meneran dan dengan sendirinya plasenta akan bergerak ke introitus vagina. Bila perlu dengan hati-hati tarik tali pusat menggunakan klem sedemikian rupa ke arah bawah dan seterusnya sesuai jalan lahir untuk melakukan tekanna pada uterus ke arah dorso kranial dengan tangan yang lain. Bila perlu pindah lagi klem pada tali pusat mendekati ke arah perineum saat tali pusat memanjang.

f) Bila tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta jangan melkaukan tarikan tali pusat. Penolong harus sabar untuk terus melakukan penegangan tali pusat terkendali saat adanya kontraksi.

g) Setelah plasenta mulai terlihat pada introitus vagina lanjutkan pengeluaran plasenta dengan kedua tangan dan lahirkan. Bila didapata kesulitan melahirkan selaput ketuban, putar plasenta dengan kedua tangan

secara hati-hati searah dengan jarum jam sehingga seluruh selaput ketuban dilangkirkan lengkap. Bila perlu dapat digunakan klem atau telunjuk dari ibu tangan untuk membantu mengeluarkan selaput ketuban.

- h) Bila terjadi robekan pada selaput ketuban saat melahirkan plasenta dengan hati-hati periksa vagina bagian atas dan serviks. Keluarkan selaput ketuban yang teraba menggunakan jari tangan.
- i) Sambil melakukan masase pada fundus uteri dengan jari segera periksa plasenta plasenta plasenta yang sudah dilahirkan dengan tangan kanan untuk menilai kelengkapannya.
- j) Hilangnya sebagian permukaan maternal plasenta dapat menandakan adanya kotiledon yang tertinggal dalam kavum uteri.
- k) Membran yang robek dan mengandung pembuluh darah menunjukkan adanya plasenta suksenturiata yang tertinggal.

(Sri rahayu, 2017).

#### 4. Kala IV Persalinan

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir dua jam kemudian. Komponen-komponen database pada persalinan kala empat meliputi :

a) Uterus

Setelah kelahiran plasenta uterus biasanya akan berada pada garis tengah dari abdomen kira-kira dua per tiga sampai tiga perempat naik ke atas antara simpisis pubis dan umbilikus.

b) Pemeriksaan dan evaluasi serviks, vagina dan perineum

Serviks, vagina dan perineum harus diperiksa terutama mengenai laserasi serta luka-luka sekunder yang terjadi.

c) pemeriksaan dan evaluasi plasenta, selaput, dan tali pusat

Pemeriksaan dan evaluasi plasenta, selaput dan tali pusat memerlukan agar bidan bisa mengenali jenis-jenis plasenta yang berlainan dengan titik insersi tali pusat. Informasi ini bersama-sama dengan penjelasan tentang bagaimana cara memeriksa plasenta.

d) Penjahitan bekas episiotomi dan laserasi

Penjahitan kembali episiotomi dan laserasi lainnya mengharuskan pengetahuan tentang struktur jaringan otot

perineal, jenis-jenis jahitan, hemostatis dan penyembuhan luka.

e) Tanda-tanda vital

Tekanan darah, denyut jantung dan pernafasan seharusnya sudah stabil pada tingkat pra persalinan selama jam pertama dari pasca kelahiran. Memonitor tekanan darah dan dengan denyut jantung merupakan hal yang penting selama kala empat dari persalinan sebagai salah satu cara untuk mendeteksi adanya syok yang timbul akibat dari kehilangan darah. Suhu badan ibu akan terus meningkat sedikit yang merupakan hal yang normal bila sedikit kurang dari 20 kenaikan atau di bawah 38<sup>0</sup>c.

f) Rasa menggigil

Suatu hal yang tidak biasa bagi wanita yang mengalami rasa kedinginan selama kala empat persalinan, perasaan kedinginan dianggap masih dalam batas-batas kebiasaan bila tidak ada infeksi. Kemungkinan besar rasa kedinginan tersebut akibat dari ketegangan saraf serta energi yang terkuras selama persalinan dan kelahiran.

g) Sistem gastrointestinal

Rasa mual sebelumnya akan berhenti dengan berakhirnya proses persalinan. Pada dasarnya ibu akan merasa haus dan akan merasa lapar.

#### h) Sistem renal

Membesarnya kantung kemih merupakan hal yang biasa. Kondisi semacam ini dikarenakan karena trauma yang ditimbulkan oleh tekanan dan kompresi yang dikenakan terhadap kantung kemih dan uretra selama persalinan dan kelahiran.

#### J. Partograf

Partograf merupakan alat untuk memantau kemajuan kala satu, mencatat informasi pada observasi/riwayat dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalinan kala satu.

##### a) Tujuan penggunaan partograf:

- a) Menilai penurunan bagian terbawah janin melalui pemeriksaan suprasimfisis.
- b) Mencatat hasil observasi dan memantau kemajuan persalinan (dilatasi serviks)
- c) Mendeteksi proses persalinan berjalan secara normal (kondisi ibu dan janin pada fase aktif kala I dan dan luaran ibu selama fase aktif kala 1.

##### b) Bagian – bagian partograf

- a) Kemajuan persalinan
  - 1) Pembukaan serviks.

2) Turunnya bagian terbawah dari kepala janin.

3) Kontraksi uterus (frekuensi dan lamanya kontraksi uterus).

b) Kondisi janin

1) Denyut jantung janin.

2) Warna dan volume air ketuban.

3) Moulase kepala janin.

c) Kondisi ibu

1) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban.

2) Tekanan darah, nadi dan suhu badan.

3) Volume produksi urin, aseton dan protein.

4) Obat dan cairan.

3. Cara mencatat temuan pada partograf

Informasi awal/ saat datang ke tempat bersalin:

a) Nama, umur.

b) Gravida, para, abortus.

c) Nomor catatan medik/nomerpuskesmas

d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (jika dirumah tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)

e) Waktu pecahnya selaput ketuban.

4. Kondisi janin

a) Denyut jantung janin

Pemeriksaan denyut jantung janin merupakan cara yang aman untuk mengetahui kondisi janin. Sebaiknya menghitung denyut jantung tiga kali secara terpisah dengan interval 5 detik dan kalikan jumlah yang didapat dengan empat. Kisaran normal DJJ pada partograf diantara garis tebal pada angka 180 dan 100. Penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga bawah 120 atau di atas 160.

b) Moulase tulang kepala janin.

Moulase atau penyusupan adalah tanda penting bahwa seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras atau tulang panggul ibu dan bila janin tidak bisa menyesuaikan diri maka janin tidak dapat melewati dasar panggul ibu.

1) Lambang-lambang moulase kepala janin :

0 : tulang-tulang kepala janin terpisah sutura dengan mudah dapat dipalpasi.

1 : tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.

3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi dapat dipisahkan.

5. Kemajuan persalinan

a) Pembukaan serviks

Pencatatan pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan ditulis dengan tanda “X” pada garis waspada. Pemeriksaan dalam dilakukan setiap 4 jam. Pencatatan pembukaan mulai pada pembukaan fase aktif (4-10cm). Pencatatan pembukaan serviks pada garis waspada dan hubungkan dari tanda “X” dari pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b) Turunnya kepala janin (bagian bawah janin)

Jika kemajuan persalinan normal, pembukaan serviks harus diikuti turunnya kepala janin. Tetapi kadangkala turunya kepala janin mulai terjadi dari pembukaan serviks sebesar 7 cm. Turunnya kepala janin diukur dengan pemeriksaan luar dengan memperhatikan bagaimana jari-jari dapat melingkupi kepala sampai bagian kepala yang tidak masuk kedalam panggul, skala turunnya kepala dan garis tidak terputus dari 0-5.

c) His (kontraksi uterus)

Pada kolom waktu dibagian bawah terdapat lima kotak paralel. Pada sisi kiri dari kotak-kotak tertulis kontraksi dalam 10 menit.

Kotak harus diisi dengan simbol kontraksi seperti :

Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.

 Berikan garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.

 Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

## 6. Kondisi ibu

### a) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban

Lambang-lambang yang ditulis dalam partograf:

U: selaput ketuban masih utuh.

J: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.

M: selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.

D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.

K : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban sudah kering.

### b) Tekanan darah, nadi, dan suhu ibu

1) Tekanan darah ibu diukur setiap 4 jam sekali diberi tanda panah pada kolom waktu yang sesuai seperti :  $\updownarrow$

2) Nada ibu diukur setiap 30 menit sekali diberi tanda(.) pada kolom waktu ng sesuai.

3) Temperatur tubuh ibu diukur setiap 2 jam sekali catatlah hasil pemeriksaan pada kotak tersedia.

### c) Volume produksi urin, aseton, dan protein

Ukur dan catat jumlah urin ibu sedikitnya 2 jam sekali. Jika memungkinkan setiap kali ibu berkemih lakukan pemeriksaan aseton dan protein urin.

d) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah laju kotak observasi kontraksi uterus tertera laju kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainya dan cairan IV.

7. Pada bagian belakang partograf

Pada bagian belakang partograf terdapat sebagian informasi tambahan mengenai penatalaksanaan atau pengamatan selama dan sesudah proses persalinan. Catatan persalinan adalah terdiri dari unsur-unsur berikut :

- a) Data-data informasi umum
- b) Kala 1-IV persalinan
- c) Bayi baru lahir.

8. Cara pengisian lembar belakang partograf:

- a) Usahakan agar pengisian dilakukan selengkap mungkin, jangan ada yang dikosongkan.
- b) Kata-kata yang dicetak tebal merupakan masalah utama yang terjadi pada kala I,II,III,dan IV.
- c) Apabila terjadi masalah beri tanda (√) pada yang ada di depan masalah yang sesuai. Dengan cara yang sama pilih jenis tindakan yang dilakukan. Apabila masalah atau

tindakan tidak tercantum dalam pilihan yang ada tulislah keterangan dibelakang lain-lain....

d) Untuk pilihan dengan tanda bintang (\*) pilih salah satu.

(Mochtar,2015:123).

#### K. Kebutuhan ibu bersalin

##### 1. Asuhan Tubuh dan Fisik

Asuhan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

###### a) Menjaga kebersihan diri

1) Menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya agar tetap bersih dan kering.

2) Mandi dibak/shower dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai dan merasa sehat.

###### b) Berendam

Beberapa wanita memilih untuk menggunakan kolam hanya untuk berendam pada kala 1 dan beberapa wanita memilih untuk melahirkan didalam air. Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan paling menenangkan. Diperlukan bak yang cukup dalam agar air dapat menutupi abdomen ibu. Hal ini merupakan suatu bentuk hidro terapi dan kegembiraan yang akan

meredakan dan membantu kontraksi ibu bersalin.(Marmi,2014:72)

c) Perawatan Mulut

Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya nafasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral atau tanpa perawatan mulut. Hal ini menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang lain.

Perawatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

1) Menggosok Gigi

Ibu bersalin harus diingatkan untuk membawa sikat dan pasta gigi ke rumah sakit/bersalin untuk digunakan selama persalinan.

2) Mencuci Mulut

Dengan pemberian produk pencuci mulut sebagai tindakan untuk menyegarkan napas.

3) Pemberian Gliserin

Untuk menghindari terjadinya kekringan pada bibir, dapat digunakan gliserin dengan cara mengusap bibirnya.

4) Pemberian Permen

Untuk memlembabkan mulut dan tenggorokan, untuk mencegah aspirasi sebaliknya anjurkan untuk mengkonsumsi permen lollipop.

d. Pengisapan

Ibu yang sedang dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat bahkan pada ruang persalinan dengan control suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada waktu tertentu. Oleh karena itu gunakan kipas angin, atau biasanya juga dengan kertas yang dapat digunakan sebagai pengganti kipas.

(Dewi,2011:90-92)

2. Nutrisi

Perubahan makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energy dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan keluarga selalu menawarkan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan. Namun ibu disarankan untuk tidak mengkonsumsi makanan yang bisa menimbulkan bau seperti jengkol dan petai.

a) Makanan yang dianjurkan

1) Roti atau roti panggang (rendah serat) yang rendah lemak baik diberi selai maupun madu.

2) Sarapan sereal

3) Nasi Tim

4) Biskuit

5) Yogurt rendah lemak

6) Buah segar

b) Minuman yang dianjurkan

1) Minuman yang rendah lemak

2) Jus buah-buahan

3) Kaldu jernih

4) Cairan isotonic (Marmi,2014:76)

3. Personal hygiene

Ibu sangat dianjurkan menjaga kebersihan diri menjelang persalinan, manfaatnya antara lain:

a) Dengan mandi dan membersihkan badan, ibu akan mengurangi kemungkinan adanya kuman yang masuk selama persalinan. Hal ini mengurangi terjadinya infeksi sesudah melahirkan.

b) Ibu akan merasa nyaman selama menjalani proses persalinan.

c) Bulu kemaluan tidak dicukur seluruhnya, hanya bagian yang dekat dengan anus yang akan dibersihkan, karena hal

tersebut akan mempermudah penjahitan jika ibu ternyata di episiotomy.(Marmi,2014:96)

#### 4. Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sacrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensi urine maupun sering berkemih. Retensi uteri terjadi apabila:

- a) Tekanan pada pleksus sacrum menyebabkan terjadinya inhibisi implus sehingga vasica uretra menjadi penuh tetapi tidak timbul rasa berkemih.
- b) Distensi yang megghambat saraf reseptor pada dinding vasica uretra.
- c) Tekanan oleh bagian terendah vasica uretra
- d) Kurangnya privasi/postur yang kurang baik
- e) Kurangnya kesadaran untuk berkemih, dan
- f) Anastesi regional, epidural, blok pudendal sehingga obat mempengaruhi saraf vasica uretra.

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman. Oleh karena itu, anjjurkan ibu untuk bereliminasi secara minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan kateterisasi (Sulistyawati,2009:101)

#### 5. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga atau seseorang yang dipilih ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk ditemani seorang pendamping untuk melakukan peran aktif dalam mendukung itu. Adapun dukungan dapat diberikan oleh pendamping yaitu mengusap keringat, menemani/membimbing ibu jalan-jalan, memberikan minum, mengubah posisi, memijat punggung, kaki atau kepala ibu, menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa nyaman, membantu ibu bernafas pada saat kontraksi dan mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memberikan pujian pada ibu.

( Sulistyawati, 2009:102)

#### 6. Pengurangan Rasa Nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalinan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang akan menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan di dalam kamar, duduk di kursi sambil membaca buku atau novel kesukaan, posisi lutut-dada di atas tempat tidur, dan sebagainya (Sulistyawati, 2010; 90).

#### 7. Pengaturan Posisi

Posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok. Berjalan diawal persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap juga sangat membantu untuk putaran paksi kepala janin. Sebagian besar pasien akan merasa rileks dan mampu mengatasi persalinan mereka dengan lebih baik. Beberapa situasi pasien yang tidak memungkinkan untuk ambulasi dengan turun dari tempat tidur antara lain:

- 1) Ketika ketuban sudah pecah dan taksiran berat janin kecil (kurang dari 2000 gram), serta bukan pesentasi kepala.

Pada kondisi tersebut akan sangat berbahaya bagi pasien jika turun dari tempat tidur karena akan menyebabkan prolaps tali pusat. Posisi telentang dengan kepala ditinggikan 20-30<sup>o</sup> juga akan meningkatkan risiko prolaps tali pusat. Posisi rekumben lateral dan posisi lutut-dada merupakan alternatif yang baik untuk keadaan ini.

- 2) Ketika pasien sedang mendapatkan pengobatan yang dengan obat tersebut membuat pasien pusing dan tidak stabil untuk berdiri
- 3) Selama persalinan kala I yang kemajuannya cepat, kala I akhir pada multipara, atau kala II pada primipara kecuali jika sudah ada kesepakatan untuk bersalin dalam posisi jongkok atau berdiri (Sulistyawati, 2009: 86).
- 4) Pasien yang mengalami komplikasi obstetrik seperti abrupsi plasenta, plasenta previa, pre-eklamsi, dan eklamsi. Nampaknya dari beberapa posisi yang dapat dipilih, posisi miring ke kiri adalah posisi yang paling nyaman serta mempunyai banyak keuntungan. Beberapa keuntungan dari *posisi rekumben lateral* yaitu:
  - a) Koordinasi lebih baik dan efisiensi kontraksi uterus yang lebih besar, kontraksi lebih kuat dan lebih jarang daripada ketika pasien dalam posisi telentang
  - b) Memfasilitasi fungsi ginjal, karena aliran urine menurun pada pada posisi telentang
  - c) Memfasilitasi rotasi janin pada posisi posterior
  - d) Meredakan tekanan uterus dan kompresi pada pembuluh darah utama pasien (vena cava inferior dan aorta)(Sulistyawati, 2009: 89).

## 8. Informasi Tentang Persalinan

1. setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya, sehingga ibu mampu mengambil keputusan, misalnya :

- 1) penjelasan tentang proses dan perkembangan persalinan
- 2) jelaskan semua hasil pemeriksaan
- 3) pengurangan rasa takut
- 4) penjelasan tentang prosedur dan adanya pembatasan

2. ibu juga perlu di yakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal.

(Marmi,2014:37)

#### L. Penyulit, Kelainan dan Komplikasi Masa Persalinan

##### 1. Kelainan Presentasi Dan Posisi

###### a) Presentasi Bokong

Presentasi Bokong adalah letak memanjang dengan kelainan dalam polaritas. Jenis presentasi bokong:

###### 1) Sempurna

Janin dalam posisi fleksi pada paha dan lutut.

###### 2) Murni

Janin dalam posisi fleksi pada paha dan ekstensi pada lutut, ini merupakan jenis yang tersering dan meliputi hamper dua pertiga dari presentasi bokong.

###### 3) Kaki

Satu atau dua kaki dengan ekstensi pada paha dan lutut, dan kaki merupakan bagian terendah.

4) Lutut

Satu atau dua lutut dengan ekstensi pada paha, fleksi pada lutut, dan bagian terendahnya adalah lutut.

(Sulistyawati, 2009:138)

b) Presentasi Muka

Presentasi Muka adalah keadaan dimana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka merupakan bagian terendah menghadap kebawah. Penyebab keadaan-keadaan yang memaksa terjadi defleksi kepala atau keadaan yang menghalangi terjadinya fleksi kepala:

- 1) Sering ditemukan pada janin besar atau panggul sempit.
- 2) Multiparitas, perut gantung.
- 3) Anensefalus, tumor leher bagian depan.

(Sulistyawati, 2009:134)

c) Posisi Oksiput Posterior Persisten

Pada persalinan presentasi belakang kepala, kepala janin turun melalui PAP dengan sutura sagitalis melintang/miring, sehingga ubun-ubun kecil dapat berada dikiri melintang, kanan melintang, kiri depan, kanan depan,

kiri belakang/ kanan belakang. Dalam keadaan fleksi bagian kepala yang pertama mencapai dasar panggul adalah oksiput. Oksiput akan memutar kedepan karena dasar panggul dan mucus levator aninya membentuk ruangan yang lebih sesuai oksiput. Keadaan UUK dibelakang dianggap <10% UUK yang tidak berputar kedepan/ tetap dibelakang disebut oksiput posterior persisten. Penyebabnya adalah sebagai berikut:

- 1) Diameter antero posterior panggul lebih panjang dari diameter tranversa. Panggul anthropoid.
- 2) Segmen depan menyempit, contoh: panggul android.
- 3) Otot-otot dasar panggul yang lembek pada multipara.
- 4) Kepala janin yang kecil dan bulat (Sulistyawati, 2009:141).

## 2. Distosia Karena Kelainan His

### a) Inersia Uteri Hipotonik

Inersia Uteri Hipotonik adalah kelainan his dengan kekuatan yang lemah/ tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Sering dijumpai pada penderita dengan kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang, misalnya: akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia,

grandemultipara atau primipara, serta pada penderita dengan keadaan emosi kurang baik. Inersia uteri primer terjadi pada permulaan fase laten. Sejak awal telah terjadi his yang tidak adekuat (kelemahan is yang timbul sejak dari permulaan persalinan), sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan inpartu atau belum. Inersia uteri sekunder terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada permulaan selanjutnya terdapat gangguan atau kelainan (Sulistyawati, 2009:143).

b) Inersia Uteri Hipertonik

Inersia Uteri Hipertonik adalah kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak ada koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar. Faktor yang dapat menyebabkan kelainan ini, antara lain: rangsangan pada uterus, misalnya: pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama disertai infeksi, dan sebagainya (Sulistyawati, 2009:143).

c) His Yang Tidak Terkoordinasi

Sifat his yang berubah-ubah, tidak ada koordinasi dan sinkronisasi antara kontraksi dan bagian-bagiannya. Jadi

kontraksi tidak efisien dalam mengadakan pembukaan, apalagi dalam pengeluaran janin. Pada bagian atas dapat terjadi kontraksi tetapi bagian tengah tidak, sehingga menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju (Sulistiyawati, 2009:144).

### 3. Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan

#### a) Vulva

Kelainan yang bisa menyebabkan kelainan vulva adalah oedema vulva, stenosis vulva, kelainan bawaan, varises, hematoma, peradangan, kondiloma kauminta dan fistula.

#### b) Vagina

Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah:

##### 1) Kelainan vagina

Pada atresia vagina terdapat gangguan dalam kanalisasi sehingga terdapat satu septum yang horizontal, bila penutupan vagina ini menyeluruh, menstruasi timbul namun darahnya tidak keluar, namun bila penutupan vagina tidak menyeluruh tidak akan timbul kesulitan kecuali mungkin pada partus kala II.

##### 2) Stenosis vagina congenital

Jarang terdapat, lebih sering ditemukan septum vagina yang memisahkan vagina secara lengkap atau tidak lengkap pada bagian kanan atau bagian kiri. Septum lengkap biasanya tidak menimbulkan distosia karena bagian vagina yang satu umumnya cukup lebar, baik untuk koitus maupun lahirnya janin. Septum tidak lengkap kadang-kadang menahan turunnya kepala janin pada persalinan dan harus dipotong dahulu. Stenosis dapat terjadi karena parut-parut akibat perlukaan dan radang.

### 3) Tumor vagina

Dapat merupakan rintangan bagi lahirnya janin pervaginam, adanya tumor vagina dapat juga menyebabkan persalinan pervaginam dianggap memiliki banyak resiko. Tergantung dari jenis dan besarnya tumor perlu dipertimbangkan apakah persalinan dapat berlangsung secara pervaginam atau diselesaikan dengan section caesarea.

### 4) Kista vagina

Kista vagina berasal dari duktus gartner atau duktus muller, letak lateral dalam vagina bagian proksimal, ditengah, distal dibawah orifisum uretra eksternal.

### c) Uterus

Kelainan yang penting berhubungan dengan persalinan adalah distosia servikalis karena disfunctional uterine action atau karena parut pada serviks uteri. Kala I serviks uteri menipis akan tetapi pembukaan tidak terjadi.

(Sulistyawati, 2010:146)

#### 4. Distosia Karena Kelainan Janin

##### a) Bayi Besar (Makrosomia)

Makrosomia adalah bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi berat badan lahir lebih dari 4000 gram adalah 5,3% dan yang lebih dari 4500 gram adalah 0,4% (Sulistyawati, 2009:147).

##### b) Hidrosefalus

Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan tekanan intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml akan tetapi kadang-kadang dapat mencapai 5 liter. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan antara absorpsi dan produksi cairan serebrospinal. Hidrosefalus selalu bersifat sekunder, sebagai akibat dari penyakit atau

kerusakan otak. Adanya kelainan-kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura dan ubun-ubun (Sulistyawati, 2009:147).

c) Anensefalus

Anensefalus adalah suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. Anensefalus merupakan suatu kelainan tabung syaraf (suau kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan kerusakan pada jaringan pembentuk otak dan korda spinalis). Anensefalus terjadi jika tabung syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak diketahui. Penelitian menunjukkan kemungkinan anensefalus berhubungan dengan racun dilingkungan juga kadar asam folat yang rendah dalam darah. Anensefalus ditemukan pada 3,6-4,6 dari 10.000 bayi baru lahir (Sulistyawati, 2009:148).

d) Distosia Bahu

Distosia bahu ialah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul, sehingga bahu menjadi tidak dapat digerakkan (Sulistyawati, 2010:129).

e) Janin Kembar Siam

Kembar siam adalah keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identik gagal berpisah secara sempurna. Kemunculan kasus kembar siam diperkirakan adalah satu dalam 200.000 kelahiran (Sulistyawati, 2009:130).

5. Distosia Karena Kelainan Jalan Lahir

a) Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)

Pintu atas panggul dinyatakan sempit apabila:

- 1) Diameter antero-posterior terpendek <10 cm.
- 2) Diameter transversal terbesar <12 cm.
- 3) Perkiraan diameter antero-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran Conjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm, sehingga kesempitan PAP sering ditegakan bila ukuran conjugate diagonalis <11,5 cm.

(Sulistyawati, 2009:155)

b) Kesempitan Bidang Tengah Pelvis

Kesempitan bidang tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP. Kejadian ini sering menyebabkan kejadian “deep transverse arrest” (letak malang melintang rendah) pada

perjalanan persalinan dengan posisi occipitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan Bidang Tengah Panggul) (Sulistyawati, 2009:155).

c) Kesempitan Pintu Bawah Panggul (PBP)

PBP berbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberus) dan tidak terletak pada bidang yang sama. Berkurangnya diameter intertuberosa menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih kearah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekan perineum yang luas. Distosia akibat kesempitan Pintu Bawah Panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hampir selalu disertai dengan kesempitan Bidang Tengah Panggul (Sulistyawati, 2009:155).

6. Perdarahan Post Partum Primer

Perdarahan pasca persalinaan adalah kehilangan darah lebih dari 500 ml melalui jalan lahir yang terjadi selama atau setelah persalinan kala III. Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Ada beberapa kemungkinan penyebab yaitu:

a) Atonia uteri

- b) Perlukaan jalan lahir
- c) Retensio plasenta
- d) Tertinggalnya sebgian plasenta di dalam uterus
- e) Kelainan proses pembekuan darah akibat hipofibrinogenemia
- f) Penatalaksanaan kala III yang salah

(Sulistyawati, 2009:157)

#### 7. Atonia Uteri

Atonia ueteri merupakan penyebab terbanyak perdarahan post partum dini (50%), dan merupakan alasan paling sering untuk melakukan histerektomi post partum. Kontraksi uterus merupakan mekanisme utama untuk mengontrol perdarahan setelah melahirkan. Atonia terjadi karena kegagalan mekanisme ini. Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan faktor predisposisi (penunjang), seperti:

- a) Regangan rahim berlebihan, seperti: gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
- b) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
- c) Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.

- d) Partus lama/partus terlantar
- e) Malnutrisi
- f) Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya: plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
- g) Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim.

(Sulistyawati, 2009:157)

#### 8. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah lepas plasenta tidak bersamaan sehingga masih melekat pada tempat implantasi, menyebabkan retraksi dan kontraksi otot uterus sehingga sebagian pembuluh darah tetap terbuka serta menimbulkan perdarahan.

- a) Plasenta adhesiva: plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
- b) Plasenta akreta: vili korialis tumbuh menembus miometrium sampai ke serosa.
- c) Plasenta inkreta: vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke miometrium.
- d) Plasenta perkreta: vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.
- e) Plasenta inkarserata: tertahannya plasenta di dalam kavum uteri disebabkan oleh konstiksi ostium uteri.

(Sulistyawati, 2009:158)

#### 9. Emboli Air Ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur-unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan lemak janin dan cairan kental. Penyebabnya belum diketahui secara pasti. Yang merupakan factor risiko:

- a) Multipara
- b) Solusio plasenta
- c) IUFD
- d) Partus presipitatus
- e) Suction curettage
- f) Terminasi kehamilan

(Sulistyawati, 2009:158)

#### 10. Robekan Jalan Lahir

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut:

- a) Robekan Perineum

Robekan Perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis

tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat. Penyebabnya adalah:

- 1) Kepala janin terlalu cepat lahir
- 2) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya
- 3) Adanya jaringan parut pada perineum
- 4) Adanya distosia bahu

Klasifikasi:

- 1) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum.
- 2) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum.
- 3) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum dan sfingter ani eksterna
- 4) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingter ani yang meluas sampai ke mukosa.

(Sulistyawati, 2009:159)

b) Robekan Serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang

luas menimbulkan perdarahan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhentimeskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri (Sulistyawati, 2009:159).

c) Robekan Dinding Vagina

Perlukaan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum (Sulistyawati, 2009:159).

11. Inversio Uteri

Inversion uteri adalah keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Uterus dikatakan mengalami inversion jika bagian dalam menjadi diluar saat melahirkan plasenta. Penyebabnya adalah:

- a) Grande multipara
- b) Atonia uteri
- c) Kelemahan alat kandungan
- d) Tekanan intraabdominal yang tinggi (batuk dan mengejan)
- e) Cara crade yang berlebihan
- f) Tarikan tali pusat

g) Manual plasenta yang terlalu dipaksakan

h) Retensio plasenta

(Sulistyawati, 2010:159)

## 12. Syok Obstetrik

Syok adalah suatu keadaan disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme. Penyebabnya adalah:

a) Perdarahan

b) Infeksi berat

c) Solusio plasenta

d) Inversio uteri

e) Emboli air ketuban

f) Komplikasi anestesi (Sulistyawati, 2010:160).



### 2.1.3 Konsep Dasar Nifas

#### A. Definisi Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Prawirohardjo,2009:10).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil (Mochtar,2011:15)

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (nugroho,dkk, 2014).

Masa nifas adalah sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009:70).

#### B. Tujuan Masa Nifas

Tujuan asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
2. Mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya

3. memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.

(Saleha,2009:37)

#### C. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi masa nifas adalah sebagai berikut :

1. Periode immediate postpartum

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. (Saleha,2009:38)

2. Periode early postpartum (24 jam -1 minggu )

pada fase ini bidan harus memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik. (Saleha,2009:39)

3. Periode late post partum (1 minggu- 5 minggu)

Remote puerperium Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.(Suherni dkk,2009:92)

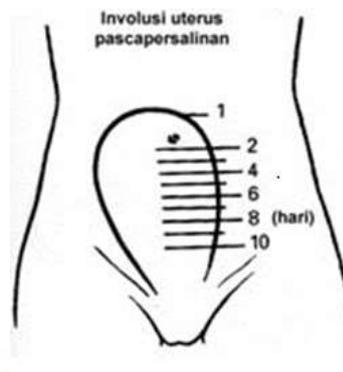
## D. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

### 1. Perubahan sistem reproduksi

#### a) Uterus

Pengerutan rahim (involusi) Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (tinggi fundus uteri).

- 1) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram
- 2) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari di bawah pusat
- 3) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram
- 4) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba di atas simpisis dengan berat 350 gram
- 5) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.



Gambar 2.18  
TFU pada proses involusi  
Sumber: ( Sulistyawati, 2009:36).

Tabel 2.9  
Perubahan uterus masa nifas

Involusi	Tinggi fundus uterus	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
Satu minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
Dua minggu	Tak teraba di atas simfisis	350 gram
Enam minggu	Bertambah kecil	50 gram
Delapan minggu	Ukuran normal	30 gram

Sumber: Saiffudin,2010:78

#### b) Lokhea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas.lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus.

Lochea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

- 1) Lokhea rubra/ merah
- 2) Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum.cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta,

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

3) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta.

Keluar pada hari ke-7 post partum.

4) Lokhea serosa

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

5) Lokhea alba/putih

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

6) Lokhea purulenta

Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk.

Perubahan pada serviks  
Perubahan yang terjadi pada serviks ialah bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi,

sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antar korpus dan serviks berbentuk semacam cincin. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam. Hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali (Sulistyawati, 2009:78).

c) Perineum, vulva dan vagina

Berkurangnya sirkulasi progesterone mempengaruhi otot-otot panggul, perineum, vagina dan vulva. Proses ini membantu pemulihan kearah tonisitas/elastisitas normal dari ligamentum otot rahim. Ini merupakan proses bertahap yang akan berguna apabila ibu melakukan ambulasi dini, senam masa postnatal dan mencegah timbulnya konstipasi. Progesteron juga meningkatkan pembuluh darah pada vagina dan vulva selama kehamilan dan persalinan biasanya menyebabkan timbulnya beberapa hematoma dan edema pada jaringan ini dan pada perineum. Bila melaksanakan latihan pengencangan otot perineum akan mengencangkan vaginanya. Pengencangan yang sempurna bila dilakukan setiap hari. Abrasi dan laserasi vulva dan perineum akan cepat sembuh (Suherni dkk, 2009:56)

## 2. Perubahan sistem endokrin

### a) Hormon plasenta

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

### b) Hormon pituitary

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

### c) Hypotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

### d) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar *mamae* dalam menghasilkan ASI (Sulistiyawati, 2009:72).

### 3. Perubahan tanda vital

#### a) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan, suhu tubuh dapat meningkat sekitar  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal ( $36^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ ), namun tidak lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$ . Hal ini disebabkan karena meningkatnya metabolisme tubuh pada saat proses persalinan. Setelah 12 jam postpartum, suhu tubuh akan meningkat, maka perlu dicurigai terhadap kemungkinan terjadinya infeksi (Dewi dkk,2011:54).

#### b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum (Dewi dkk 2011:34).

#### c) Tekanan darah

Tekanan darah normal untuk systol berkisar antara 110-140 mmHg dan untuk diastole antara 60-80 mmHg. Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan. Bila tekanan darah mengalami peningkatan lebih dari 30 mmHg pada systole atau lebih dari

15 mmHg pada diastole perlu dicurigai timbulnya hipertensi atau pre eklampsia post partum (Dewi,2012:67).

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Saleha, 2009:85).

4. Perubahan sistem *kardiovaskuler*

Setelah terjadi diresis yang mencolok akibat penurunan kadar *estrogen* volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan *hemoglobin* kembali normal pada hari ke 5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa postnatal, namun kadarnya tetap lebih tinggi daripada normal (Saleha,2009:92).

5. Perubahan sistem *hematologi*

Pada hari pertama *post partum*, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukosit yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama proses persalinan akan tetapi tinggi dalam beberapa hari *post partum*. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi

sempat 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama

(Sulistyawati,2009:70).

#### 6. Perubahan komponen darah

Pada masa nifas terjadi perubahan komponen darah, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah dan Hb akan berluaktif, namun dalam 1 minggu pasca persalinan biasanya semuanya akan kembali pada keadaan semula. Curah jantung atau jumlah darah yang dipompa oleh jantung akan tetap tinggi pada masa awal masa nifas dan dalam 2 minggu akan kembali pada keadaan normal

( Sulistyawati,2009:60).

#### 7. Perubahan sistem pencernaan

Ibu akan mengalami konstipasi setelah persalian disebabkan karena pada waktu persalinan, alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh.Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi, serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan (Sulistyawati,2009:61).

#### 8. Perubahan sistem perkemihan

Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut “diuresis”. Ureter yang berdilatasi akan normal dalam 6 minggu(Sulistyawati,2009:64).

#### 9. Sistem integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah (cloasma gravidarum), leher, mammae, dinding perut dan beberapa lipatan sendi karena pengaruh hormone, akan menghilang selama masa nifas (Saleha,2009:87).

#### 10. Sistem musculoskeletal

Setelah proses persalinan selesai, dinding pert akan menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu selama hamil (Saleha,2009:88).

#### E. Tanda – tanda Bahaya Ibu Nifas

1. Perdarahan post partum adalah lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo,2009:45)

Menurut waktu terjadinya di bagi atas 2 bagian

- a) Perdarahan post partum *primer (Early Post Partum Hemorrhage)* yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio

plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir, terbanyak dalam 2 jam pertama.

- b) Perdarahan post partum *sekunder* ( *Late Post Partum Hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke-5 sampai ke-15 post partum. Penyebab utama robekan jalan lahir dan sisa plasenta

(Prawirohardjo,2009:40)

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

Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah :

- 1) GrandeMultipara
- 2) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
- 3) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan :  
pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa, persalinan dengan narkosa

(Manuaba,2010:37).

2. Sub Involusi Uterus ( pengecilan rahim yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berta rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut Sub Involusi

(Yudiana,2016:67)

Faktor penyebab Sub Involusi antara lain : sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohadjo, 2009:89)

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

### 3. Infeksi pada masa nifas

Infeksi pada masa nifas atau *sepsis puerperalis* adalah infeksi pada traktus genitalia yang terjadi pada setiap saat antara awitan pecah ketuban (*Rupture membran*) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat dua atau lebih dari tanda-tanda berikut : nyeri pelvik, demam  $38,5^{\circ}\text{C}$  atau lebih, rabas vagina yang abnormal, rabas vagina yang berbau busuk, keterlambatan dalam kecepatan penurunan uterus (Suherni dkk, 2009:96).

### 4. Keadaan abnormal pada payudara

a) Bendungan ASI : disebabkan oleh penyumbatan saluran ASI. Keluhan mammae bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat.

#### b) Mastitis dan Abses Mammae

Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada mammae, pematatan pada mammae dan terjadi perubahan warna kulit mammae (Haryani, 2010:57)

## F. Anatomi dan fisiologi payudara

### 1. Bagian-bagian payudara terdiri dari :

#### a) Pabrik ASI (alveoli)

- 1) Berbentuk seperti buah anggur.
- 2) Dindingnya terdiri dari sel-sel yang memproduksi ASI jika dirangsang oleh hormon prolaktin.

#### b) Saluran ASI (duktus lactiferous)

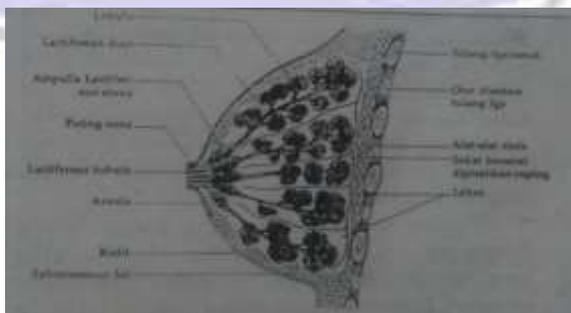
Berfungsi untuk menyalurkan ASI dari pabrik ke gudang

#### c) Gudang ASI (sinus lactiferous)

Tempat penyimpanan ASI yang terletak dibawah kalang payudara (areola)

#### d) Otot polos (myoepithel)

- 1) Otot yang mengelilingi pabrik ASI
- 2) Jika dirangsang oleh hormon oksitosin maka otot yang melingkari pabrik ASI akan mengerut dan menyembrotkan ASI di dalamnya.
- 3) Selanjutnya, ASI akan mengalir ke saluran payudara dan berakhir di gudang ASI ( Sulistyawati,2009:121).



Gambar 2.19  
Anatomi payudara

Sumber : (Sulistyawati, 2009:121)

## 2. Fisiologis laktasi

Hisapan bayi memicu pelepasan ASI dari alveolus mammae melalui duktus ke sinus lactiferous. Hisapan menstimulasi produksi oksitosin oleh kelenjar hipofisis posterior. Oksitosin memasuki darah dan menyebabkan kontraksi sel-sel khusus yang mengelilingi alveolus mammae dan duktus lactiferous. Kontraksi sel-sel khusus ini mendorong ASI keluar dari alveoli melalui duktus lactiferous menuju sinus lactiferous, tempat ASI akan disimpan. Pada saat bayi menghisap, ASI di dalam sinus tertekan keluar, ke mulut bayi. Gerakan ASI dari sinus dinamakan let down reflex atau "pelepasan". Pada akhirnya, let down dapat dipicu tanpa rangsangan hisapan. Pelepasan dapat terjadi bila ibu mendengar bayi menangis atau sekedar memikirkan tentang bayinya (Sulistiyawati, 2009:123).

a) hal-hal yang dapat meningkatkan oksitosin, antara lain:

- 1) Ibu dalam keadaan tenang
- 2) Mencium dan mendengar celoteh bayi atau tangisannya.
- 3) Melihat dan memikirkan bayinya dengan perasaan kasih sayang.
- 4) Ayah menggendong bayi dan diberikan kepada ibu saat akan menyusui dan menyendawakannya,
- 5) Ayah menggantikan popok dan memandikannya

- 6) Ayah bermain, menggendong, mendendangkan nyanyian, dan membantu pekerjaan rumah tangga.
- 7) Ayah memijat bayi.

b) hal-hal yang dapat mengurangi produksi oksitosin, antara lain:

- 1) Ibu merasa takut jika menyusui akan merusak bentuk payudara.
- 2) Ibu bekerja.
- 3) Ibu merasa khawatir produksi ASI nya tidak cukup
- 4) Ibu merasa kesakitan, terutama saat menyusui.
- 5) Ibu merasa sedih, cemas, kesal, dan bingung.
- 6) Ibu merasa malu untuk menyusui.
- 7) Suami atau keluarga kurang mendukung dan mengerti ASI.

(Sulistyawati,2009:127).

### 3. Komposisi gizi dalam ASI

#### a) Kolostrum

Air susu yang pertama kali keluar, berwarna kuning keemasan, kental, dan lengket. Kolostrum ini disekresi oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai hari keempat pascapersalinan. Kolostrum mengandung tinggi protein, meniral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan antibodi yang tinggi daripada ASI matur. Kolostrum

mengandung rendah lemak dan laktosa. Kolostrum merupakan pencahar ideal untuk membersihkan zat yang tidak terpakai dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bagi bayi (Prawirohardjo,2009:67)

b) ASI transisi/ peralihan

ASI peralihan diproduksi pada hari keempat/ ketujuh sampai hari ke-10 sampai ke -14 setelah kolostrum sampai sebelum matang ASI (Roesli, 2012). Pada ASI transisi kadar lemak, laktosa, dan vitamin larut air lebih tinggi, kadar protein dan mineral lebih rendah, serta mengandung lebih banyak kalori (Prawirohardjo,2009:68).

c) ASI matur

Asi matur keluar setelah hari ke-14 dan seterusnya. ASI matur akan terlihat lebih encer daripada susu sapi. Akan tetapi, pada tahap ini ASI banyak mengandung nutrisi yang sangat dibutuhkan oleh bayi(Prawirohardjo,2009:68)

1) Protein

Protein ASI paling rendah, berkisar 1,3 g/ml pada bulan pertama dengan rata-rata 1,15 g/100ml dihitung berdasarkan total nitrogen x 6,25. ASI mengandung whey protein dan casein. Casein adalah protein yang sukar dicerna dan whey protein adalah protein yang

membantu menyebabkan isi pencernaan bayi menjadi lebih lembut atau mudah dicerna oleh usus bayi.

## 2) Lemak

Lemak ASI terdiri dari *triglisericid* (98-99%) yang dengan enzim lipase akan terurai menjadi *trigliserol* dan asam lemak. *Enzim lipase* tidak hanya terdapat pada sistem pencernaan bayi, tapi juga dalam ASI. Lemak ASI lebih mudah dicerna karena sudah dalam bentuk emulsi. Salah satu keunggulan lemak ASI adalah kandungan asam lemak *essensial*, *decosahexaenoic acid* (DHA) dan *arachonic acid* (AA) yang berperan penting sampai 1 tahun usia anak.

## 3) Vitamin

### (a) Vitamin yang larut dalam lemak

Vitamin A adalah satu vitamin yang penting yang tinggi kadarnya dalam kolostrum dan menurun pada ASI biasa. ASI adalah sumber vitamin A yang baik dengan konsentrasi sekitar 200 IU/dl. Vitamin yang larut dalam lemak lainnya adalah vitamin D, E, dan K.

### (b) Vitamin yang larut dalam air

Vitamin C, asam nicotinic, B12, B1 (tiamin), B2 (Riboflavin), B6 (piridoksin) sangat dipengaruhi

oleh makanan ibu, namun untuk ibu dengan status gizi normal, tidak perlu diberi suplemen.

4) Zat besi

Meskipun ASI mengandung sedikit zat besi (0,5-1,0 mg/liter), namun bayi yang menyusui jarang terkena anemia. Bayi lahir dengan cadangan zat besi dan zat besi dari ASI diserap dengan baik (>70%) dibandingkan dengan penyerapan 30% dari susu sapi dan 10% dari susu formula.

5) Zat anti infeksi

ASI mengandung anti infeksi terhadap berbagai macam penyakit, seperti penyakit saluran pernapasan atas, diare, dan penyakit saluran pencernaan.

6) Laktoferin

Laktoferin banyak dalam ASI (1-6 mg/ ml), tapi tidak dalam susu sapi. Laktoferin bekerja sama dengan IgA untuk menyerap zat besi dari pencernaan sehingga menyebabkan terhidarnya suplai zat besi yang dibutuhkan organisme patogenik, seperti *Eschericia Coli (E.coli)* dan *Candida Albicans*. Oleh karena itu, pemberian suplemen zat besi kepada bayi menyusui harus lebih dipertimbangkan.

## 7) Faktor bifidus

Faktor bifidus dalam ASI meningkatkan pertumbuhan bakteri baik dalam usus bayi (*Lactobacillus Bifidus*) yang melawan pertumbuhan bakteri patogen (seperti *shigela*, *salmonela*, dan *E. Coli*), yang ditandai dengan Ph rendah (5-6), bersifat asam, dari tinja bayi.

## 8) Lizozim

Lizozim dapat melawan serangan *E.coli* dan *Salmoonela*, serta lebih unik dibandingkan dengan antibodi lain karena jika yang lain menurun maka kadar *lizozim* akan meningkat di ASI setelah bayi berumur di atas 6 bulan sampai saat bayi sudah mulai diberikan makanan pendamping ASI .

## 9) Taurin

Taurin adalah asam amino dalam ASI yang terbanyak kedua. Berfungsi sebagai *neurotransmitter* dan berperan penting dalam maturasi otak bayi (Sulistyawati,2009:130).

## 4. Posisi dan cara menyusui yang benar

## a) posisi ibu dan bayi yang benar

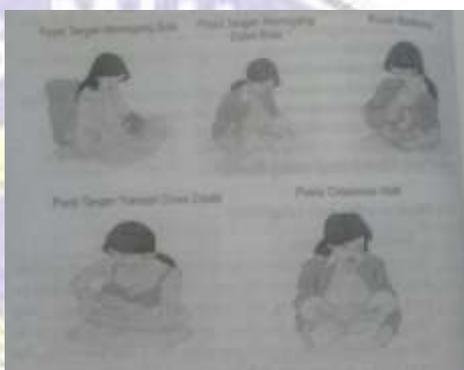
## 1) berbaring miring

ini posisi yang amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan

melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan napas bayi agar tidak tertutup oleh payudara.

## 2) Duduk

Untuk posisi duduk, ibu dapat memilih beberapa posisi tangan dan bayi yang paling nyaman. Perhatikan gambar berikut:



Gambar 2.20  
Teknik menyusui dengan posisi duduk  
Sumber: ( Sulistyawati, 2009:134)

### b) cara menyusui yang benar

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang prokuisususu dan memperkuat refleks mengisap bayi.

#### 1) Langkah-langkah perlekatan/ menyusui yang benar

(a) Cuci tangan sebelum menyusui dan mendampingi ibu.

(b) Ibu duduk atau berbaring dengan santai ( bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak menggantung dan punggung ibu bersandar pada kursi).

(c) Mempersilakan dan membantu ibu membuka pakaian bagian atas

(d) Sebelum menyusui bersihkan puting sampai aerola dengan kapas dibasahi air hangat (DTT) lalu Asi dikeluarkan sedikit, kemudian dioleskan pada puting dan sekita aerola payudara (cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu).

(e) Jelaskan pada ibu bagaimana teknik memegang bayinya

- (1) Kepala dan badan bayi berada pada satu garis
- (2) Perut bayi menempel pada perut ibu dengan meletakkan satu tangan bayi dibelakang badan ibu dan yang satu didepan.
- (3) Muka bayi menghadap payudara, sedangkan hidungnya ke arah puting susu.
- (4) Ibu harus memegang bayinya berdekatan dengan ibu.
- (5) Untuk BBL, ibu harus menopang badan bayi bagian belakang disamping kepala dan bahu.

(f) Mengajari ibu untuk menopang payudara dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di

bawah serta jangan menekan puting susu dan aerolanya.

(g) Mengajari ibu untuk merangsang membuka mulut bayi dengan puting susu.

(h) Setelah bayi membuka mulut (anjurkan ibu untuk mendekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara ibu, kemudian memasukkan puting susu serta sebagian besar aerola ke mulut bayi)

(i) Setelah bayi memulai mengisap, menganjurkan ibu untuk tidak memegang atau menyangga payudara lagi.

(j) Menganjurkan ibu untuk memperhatikan bayi selama menyusui.

(k) Mengajari ibu cara melepas isapan bayi dengan cara jari kelingking dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau dagu bayi ditekan ke bawah.

(l) Setelah selesai menyusui, mengajarkan ibu untuk mengoleskan sedikit ASI pada puting susu dan areola. Biarkan kering dengan sendirinya.

(Marliandiani, 2015:67)

## G. Perubahan psikologis masa nifas

### 1. Periode “Taking In”

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b) Ia mungkin akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat
- d) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif

### 2. Periode “taking hold”

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum
- b) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai ketrampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.

- e) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tioidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- f) Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.

### 3. Periode “Letting Go”

- a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
- c) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini(Sulistyawati,2009:137).

### H. Kunjungan Nifas

1. Pelayanan kesehatan ibu nifas dilaksanakan minimal 3 kali yaitu:
  - a) Pertama: 6 jam – 3 hari setelah melahirkan.
  - b) Kedua: hari ke 4 – 28 hari setelah melahirkan.
  - c) Ketiga hari ke 29 – 42 hari setelah melahirkan.
2. Pelayanan kesehatan ibu nifas meliputi:
  - a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum

- b) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi
- c) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
- d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
- e) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
- f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI

Ekklusif

- g) Pemberian Kapsul Vit. A
- h) Pelayanan kontrasepsi Pasca Persalinan
- i) Konseling
- j) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi
- k) Memberikan nasihat yaitu:
  - 1) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
  - 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
  - 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
  - 4) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.

- 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- 7) Perawatan bayi yang benar.
- 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.
- 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- 10) Untuk konsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

(Kemenkes RI, 2015:13)

#### I. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

##### 1. nutrisi dan cairan

ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a) makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- b) Mengonsumsi makanan tambahan 500 kalori tiap hari.
- c) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.

d) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

e) Minum setidaknya 3 liter setiap hari

(Saleha,2009:67)

Tabel 2.10  
kebutuhan gizi masa nifas

Jenis Makanan	Usia Bayi 0-6 Bulan	Usia Bayi >6 Bulan
Nasi	5 piring	4 piring
Ikan	3 potong	2 potong
Tempe	5 potong	4 potong
Sayuran	3 mangkok	3 mangkok
Buah	2 potong	2 potong
Gula	5 sendok	5 sendok
Susu	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Bahiyatul, 2009:45).

## 2. Ambulasi dini

dilakukan dengan melakukan gerakan dan jalan-jalan ringan sambil bidan melakukan observasi perkembangan pasien dari jam demi jam sampai hitungan hari. Kegiatan ini dilakukan secara meningkat secara berangsur-angsur frekuensi dan intensitas aktivitasnya sampai pasien dapat melakukannya

sendiri tanpa pendampingan sehingga tujuan memandikan pasien dapat terpenuhi. (Suherni dkk, 2009:67)

### 3. Buang air kecil dan besar

Dalam 6 jam pertama post partum, pasien harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan. Sedangkan dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar (Sulistyawati,2009:90)

### 4. Personal hygiene

Pada masa post partum, ibu sangat rentan terhadap infeksi maka kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu post partum :

- a) Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, terutama *perineum*.
- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang kemudian membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.

- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari.
- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

(Saleha,2009:72)

#### 5. Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan pada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti (Sulistyawati,2009:146).

#### 6. Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri (Sulistyawati, 2009).

#### 7. Latihan/senam nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan dengan normal dan tidak ada penyulit *post partu* (Visi, dkk,2018:67)

## J. Penyulit dan Komplikasi Masa Nifas

### 1. Infeksi Nifas

Macam-macam infeksi nifas diantaranya:

#### a) Endometritis

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

#### b) Peritonitis

Merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnya atau meluasnya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe.

#### c) Mastitis

Merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara. Dalam masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan mammae, terutama pada primipara.

Berdasarkan tempat infeksi dibedakan menjadi:

- 1) Mastitis yang menyebabkan abses di bawah aerola mammae.
- 2) Mastitis di tengah-engah mammae yang menyebabkan abses di tempat tersebut.

- 3) Mastitis pada jaringan dibawah dorsal dari kelenjar-kelenjar yang menyebabkan abses antara mammae dan otot-otot dibawahnya.

Bendungan ASI adalah terkumpulnya ASI di dalam payudara akibat penyempitan duktus laktiferus atau kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna pada waktu menyusui bayi atau karena kelainan pada puting susu.

- d) Thrombophlebitis

Merupakan penjaralan infeksi melalui vena . Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme patogen.

- e) Infeksi Luka Perineum

Merupakan infeksi yang terjadi akibat masuknya mikroorganisme ke dalam luka perineum. Luka perineum terjadi akibat episiotomi atau rupture pada saat proses persalinan. Luka perineum yang mengalami infeksi akan terasa lebih nyeri, merah dan bengkak.

- f) Perdarahan Post Partum

Perdarahan post partum dibagi menjadi 2 tahap yaitu:

- 1) Post partum dini (*Early post partum*) atau disebut juga perdarahan post partum primer. Perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bersalin.
- 2) Post partum lanjut (*Late post partum*) atau disebut juga perdarahan post partum sekunder. Terjadi setelah 24 jam.
- 3) Pertama bayi lahir. Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya:
  - (a) Atonia Uteri, suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan.
  - (b) Retensio Plasenta, suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta dapat terjadi karena kontraksi uterus yang tidak adekuat selama proses persalinan sehingga plasenta tidak dapat lepas dari *implantasi* plasenta yang terlalu dalam pada dinding uterus.
  - (c) Inversio Uteri, suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri.
  - (d) Robekan Jalan Lahir, merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan.

Berdasarkan kedalaman dan luasnya laserasi, robekan jalan lahir dibagi menjadi 4 tingkat yaitu:

- (1) Tingkat 1, robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina atau tanpa mengenai kulit perineum.
  - (2) Tingkat 2, robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perineum transversalis tapi tidak mengenai sfingter ani.
  - (3) Tingkat 3, robekan mengenai seluruh perineum dan otot sfingter ani.
  - (4) Tingkat 4, robekan sampai ke mukosa rectum.
- (e) Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus. Sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadi perdarahan. (Marmi, 2014:176)

## 2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

### A. Pengertian bayi baru lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ektrauterin ( Marmi dkk2012:78).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-40 minggu dengan berat badan 2500-4000 gram (Vivian dkk ,2010:90)

#### a) ciri-ciri bayi baru lahir

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- 2) Berat badan 2.500-4.000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm
- 6) Lingkar lengan 11-12 cm
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit
- 8) Pernapasan  $\pm$  40-60 x/menit
- 9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
- 10) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- 11) Kuku agak panjang dan lemas

- 12) Nilai APGAR >7
- 13) Gerak aktif
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat
- 15) Reflek rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- 16) Reflek sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- 17) Reflek morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
- 18) Reflek grasping (menggenggam) sudah baik.
- 19) Genetalia
  - (a) Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
  - (b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubnag, serta adanya labia minora dan mayora.
- 20) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan  
( Dewi dkk, 2011:75).

#### B. Klasifikasi bayi baru lahir

Bayi baru lahir dibagi dalam beberapa klasifikasi menurut marmi (2015:47), yaitu:

1. Neonates menurut masa gestasi:
  - a) Kurang bulan (preterm infant) : < 259 hari (37 minggu)
  - b) Cukup bulan (term infant) : 259-294 (37-42 minggu)
  - c) Lebih bulan (postterm infant) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)
2. Neonates menurut berat badan lahir :
  - a) Berat badan lahir rendah : < 2500 gram
  - b) Berat badan lahir cukup : 2500- 4000 gram
  - c) Berat badan lahir lebih : > 4000 gram
3. Neonates menurut masa gestasi dan berat badan :
  - a) Neonates cukup/kurang/lebih bulan(NCB/NKB/NLB)
  - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

### C. Penilaian APGAR SCORE

Skor Apgar dinilai pada menit pertama , menit kelima , dan menit kesepuluh setelah bayi lahir , untuk mengetahui perkembangan keadaan bayi tersebut . Namun dalam situasi tertentu , Skor Apgar juga dinilai pada menit ke 10 , 15 , dan 20 , hingga total skor 10 . (Saiffudin, 2010:90).

1. Appearance (warna kulit) :

Menilai kulit bayi . Nilai 2 jika warna kulit seluruh tubuh bayi kemerahan , nilai 1 jika kulit bayi pucat pada bagian

ekstremitas , dan nilai 0 jika kulit bayi pucat pada seluruh badan (Biru atau putih semua) .

2. Pulse (denyut jantung) :

Untuk mengetahui denyut jantung bayi , dapat dilakukan dengan meraba bagian atas dada bayi di bagian apeks dengan dua jari atau dengan meletakkan stetoskop pada dada bayi . Denyut jantung dihitung dalam satu menit , caranya dihitung 15 detik , lalu hasilnya dikalikan 4 , sehingga didapat hasil total dalam 60 detik . Jantung yang sehat akan berdenyut di atas 100 kali per menit dan diberi nilai 2 . Nilai 1 diberikan pada bayi yang frekuensi denyut jantungnya di bawah 100 kali per menit . Sementara bila denyut jantung tak terdeteksi sama sekali maka nilainya 0 .

3. Grimace (respon reflek) :

Ketika selang suction dimasukkan ke dalam lubang hidung bayi untuk membersihkan jalan nafasnya , akan terlihat bagaimana reaksi bayi . Jika ia menarik , batuk , ataupun bersin saat di stimulasi , itu pertanda responnya terhadap rangsangan bagus dan mendapat nilai 2 . Tapi jika bayi hanya meringis ketika di stimulasi , itu berarti hanya mendapat nilai 1 . Dan jika bayi tidak ada respon terhadap stimulasi maka diberi nilai 0.

#### 4. Activity (tonus otot) :

Hal ini dinilai dari gerakan bayi . Bila bayi menggerakkan kedua tangan dan kakinya secara aktif dan spontan begitu lahir , artinya tonus ototnya bagus dan diberi nilai 2 . Tapi jika bayi dirangsang ekstermitasnya ditekuk , nilainya hanya 1 . Bayi yang lahir dalam keadaan lunglai atau terkulai dinilai

#### 5. Respiration (pernapasan) :

Kemampuan bayi bernafas dinilai dengan mendengarkan tangis bayi . Jika ia langsung menangis dengan kuat begitu lahir , itu tandanya paru-paru bayi telah matang dan mampu beradaptasi dengan baik . Berarti nilainya 2 . Sedangkan bayi yang hanya merintih rintih , nilainya 1 . Nilai 0 diberikan pada bayi yang terlahir tanpa tangis (diam).

Tabel 2.11  
Nilai APGAR

Skor	0	1	2
A: appearance color (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
P: pulse (frekuensi denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Di atas 100
G : grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit menyeringai	Menangis, batuk/bersin
A : activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
R : respiration (usaha bernapas)	Tidak ada	Lemah,tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: (Saiffudin, 2010:92)

### Klasifikasi klinik nilai APGAR

1. Nilai 7-10 : bayi normal
2. Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
3. Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

### D. Macam Macam Reflek pada Bayi

#### 1. Refleks melangkah (*stepping*)

Bayi akan menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014: 246).

#### 2. Refleks menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008: 134).

#### 3. Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi dkk, 2012: 246).

#### 4. Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul

isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

5. Reflek mencari(*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh kearah stimulus dan membuka mulutnya.

6. Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi dkk,2012: 246).

7. Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

8. Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi dkk, 2012: 247).

#### 9. Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Eksremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012: 247).

#### E. Perubahan fisiologis bayi baru lahir

##### 1. Sistem kardiovaskuler

Nafas pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan menurunkan retensi vaskuler pulmoner, sehingga darah paru mengalir. Tekanan arteri pulmoner menurun. Rangkaian peristiwa ini merupakan mekanisme besar yang menyebabkan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah pulmoner kembali meningkat ke jantung dan akan masuk ke jantung bagian kiri, sehingga tekanan dalam atrium meningkat. Perubahan tekanan ini menyebabkan foramen ovale menutup (Saifudin, 2010: 78).

Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 140 kali/ menit saat lahir dengan variasi berkisar antara 12 dan 16 kali/menit. Frekuensi saat bayi tidur berbeda dengan bayi bangun. Pada usia 1 minggu, frekuensi denyut jantung bayi rata-rata ialah 128 kali/ menit saat tidur dan 163 kali/menit saat bangun.

Tekanan darah sistolik bayi baru lahir ialah 78 dan tekanan diastolik rata-rata 42. Tekanan darah berbeda pada bulan pertama kehamilan. Volume darah bayi baru lahir bervariasi dari 80 sampai 110 ml/kg selama beberapa hari pertama dan meningkat dua kali lipat pada akhir tahun pertama (Rahayu,2017:67).

## 2. sistem ginjal

Fungsi ginjal dalam kehidupan janin dengan beban kerja yang minimal sampai bayi lahir. Urin berwarna jernih dan tidak berbau. Ginjal bayi baru lahir memperlihatkan penurunan aliran darah dan ginjal dan penurunan laju literasi glomerulus. Hal ini dapat menimbulkan dengan mudah retensi cairan dan intoksikasi air (Saifudin,2010:78).

Bayi baru lahir mengekresi sejumlah kecil urin pada 48 jam pertama kehidupan, seringkali hanya sebanyak 30-60 ml. Protein atau darah tidak boleh masuk terdapat di dalam urin bayi baru lahir (Saifudin,2010:79).

## 3. Sistem cernagastrointestinal

Sistem gastrointestinal pada bayi baru lahir cukup bulan relatif sudah matang. Sebelum lahir, janin cukup bulan melakukan hisapan dan tindakan menelan. Reflek muntah dan batuk yang sudah sempurna tetap utuh pada saat lahir. Mekonium kendati steril, mengandung kotoran cairan amnion,

yang menengaskan bahwa janin telah menelan cairan amnion dan bahwa cairan tersebut telah melewati saluran gastrointestinal. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas, banyak keterbatasan ini berkaitan dengan beragamnya enzim pencernaan dan hormon yang terdapat pada semua bagian saluran gastrointestinal dari mulut hingga intestin. bayi baru lahir kurang mampu untuk mencerna lemak dan protein dibandingkan dengan orang dewasa. kemampuan bayi baru lahir yang efisien terutama dalam penyerapan glukosa, asalkan jumlah glukosa tidak terlalu besar (Saifudin, 2010:81).

#### 4. Sistem imunologi

Sel-sel tubuh memberikan fungsi imunitas yang terdapat pada saat lahir guna membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing. Tiga sel yang berungsi dalam fagositosis (menelan dan membunuh) mikroorganisme yang menyerang tubuh ketiga sel di atas ini adalah:

- a) Neutrofit polimorf nuklear
- b) Monosit
- c) Makrofag

Sedangkan sel-sel yang lain disebut sel pembunuh alami (natural killer) (Saifudin, 2010:83).

#### 1) Sistem skelet

Tulang-tulang neonatus lunak karena tulang tersebut sebagian besar terdiri kartilago yang hanya mengandung sejumlah kecil kalsium (Saifudin,2010:87)

#### 2) Sistem neuromuskuler

Pada saat lahir otot bayi lambat dan lentur, otot-otot tersebut memiliki tonus kemampuan untuk berkontraksi ketika dirangsang, tetapi bayi kurang mempunyai kemampuan untuk mengontrolnya. Sistem persarafan bayi cukup berkembang untuk bertahan hidup tetapi belum terintegrasi secara sempurna (Saifudin,2010:88)

#### 5. Sistem termal

Suhu tubuh yang normal pada bayi lahir adalah 36,5-37,5. Hipotermia terjadi pada waktu suhu tubuh turun dibawah 36,5. Bayi baru lahir sangat peka terhadap hipotermia selama periode stabilisasi pada 6-12 jam setelah kelahiran. Kurangnya control termal pada neonatus akibat perubahan suhu lingkungan dikarenakan belum dapat mengatur suhu tubuh sendiri yang disebabkan ketidak matangan hipotalamus, regulasi temperatur tidak efisien dan bayi masih rentan terjadi hipotermia bila terkena dingin, ketika basah dan ketika tidak bergerak bebas atau kurang gizi

(Saifudin,2010:91).

## F. Penanganan bayi baru lahir

### 1. Membersihkan jalan napas.

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan napas dengan cara sebagai berikut :

- a) Letakkan bayi pada posisi di tempat yang keras dan hangat
- b) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus dengan steril
- d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain yang kering dan kasar.

Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis

- 1) Alat penghisap lendir mulut (DeLee) atau alat penghisap lainnya yang steril , tabung oksigen dengan selangnya harus telah siap ditempat
- 2) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung
- 3) Petugas harus memantau dan mencatat usaha napas yang pertama
- 4) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan

- e) Bantuan untuk memulai pernapasan mungkin diperlukan untuk mewujudkan ventilasi yang adekuat. Dokter atau tenaga medis lain hendaknya melakukan emompaan bila setelah 1 menit bayi tak bernapas

## 2. Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan alkohol 70% atau povidon iodine 10 % serta dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari dan atau setiap tali basah/kotor.

## 3. Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat.

#### 4. Memberi vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar 0,25-0,5 %. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan bayi beresiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM

#### 5. Memberi obat tetes/salep mata

Dibeberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oftalmia neonatorum. Di daerah dimana prevalensi gonorea tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata eritromisin 0,5 % atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit meular seksual)

#### 6. Identifikasi bayi

Apabila bayi dilahirkan di tempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada bayi setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan.

- a. Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, dikamar bersalin, dan di ruangan bayi

b. Alat yang digunakan hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai, tidak mudah sobek, dan tidak mudah lepas

c. Pada alat/gelang identifikasi harus tercantum :

1) Nama (bayi, Nyonya)

2) Tanggal lahir

3) Nomor bayi

4) Jenis kelamin

5) Unit

6) Nama lengkap ibu

d. Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus dicetak di catatan yang tidak mudah hilang. Sidik telapak kaki bayi harus dibuat oleh personil yang berpengalaman menerapkan cara ini, dan dibuat dalam catatan bayi. Bantalan sidik kaki harus disimpan dalam ruangan bersuhu kamar. Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkaran kepala, lingkaran perut dan catat dalam rekam medik (Saifudin,2010:123)

#### G. Pemantauan bayi baru lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan

bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

a) Dua jam pertama sesudah lahir

Hal hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi :

- 1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- 2) Bayi tampak aktif atau lunglai
- 3) Bayi kemerahan atau biru
- 4) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya

b) Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti :

- a) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
- b) Gangguan pernapasan
- c) Hipotermia
- d) Infeksi
- e) Cacat Bawaan Dan Trauma Lahir (Prawirohardjo,

2009:123)

Tabel 2.12  
Perbedaan intra uterin & ektra uterin

	Sebelum lahir	Sesudah lahir
Lingkungan fisik	Cairan	Udara
Suhu luar	Pada umumnya tetap	Berubah-ubah
Stimulasi sensoris	Terutama kinestetik atau vibrasi	Beragam-macam stimulasi
Gizi	Tergantung pada zat-zat gizi yang terdapat dalam darah ibu	Tergantung tersediaanya bahan makanan dan kemampuan saluran cerna
Penyediaan oksigen	berasal dari ibu dan janin melalui plasenta	Berasal dari paru-paru ke pembuluh darah
Pengeluaran hasil metabolisme	Dikeluarkan melalui sistem peredaran darah ibu	Dikeluarkan melalui paru-paru, ginjal, dan saluran pencernaan.

Sumber: Dewi, 2011:89

#### H. Pelayanan kesehatan neonatus

- a) Kunjungan neonatal ke-1 dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilakukan :
  - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
  - 2) Berikan ASI Eksklusif
  - 3) Rawat tali pusat
- b) Kunjungan neonatal ke-2 dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah lahir.
  - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
  - 2) Berikan ASI Eksklusif
  - 3) Cegah infeksi
  - 4) Rawat tali pusat

c) Kunjungan neonatal ke-3 dilakukan pada kurun waktu hari ke - 8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.

1) Periksa ada/tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit

2) Lakukan

a) Jaga kehangatan tubuh

b) Beri ASI Eksklusif

c) Rawat tali pusat

(Walyani,2014:82)

#### I. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

##### 1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke-2 energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012:313).

Menurut Sulistyawati (2012:379), 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.

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 2.13

Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

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

Sumber : Saifuddin,2009:380

## 2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi,2012:314). Feses pertama berwarna hijau kehitaman, lengket dan 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,2009:711). Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Sulistyawati, 2009:711).

## 3. Istirahat dan Tidur

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

#### 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. 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 (Manuaba, 2010:377-378).

#### 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, akan tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifuddin, 2010:369).

#### 6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit akan membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik (Marmi, 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 (Maryuni, 2008:89).

J. Tanda Bahaya Yang Harus Diwaspadai Pada Bayi Baru Lahir

1. Pernapasan : sulit atau lebih dari 60 kali per menit
2. Kehangatan : terlalu panas ( $>38^{\circ}\text{C}$  atau terlalu dingin  $<36^{\circ}\text{C}$ )
3. Warna : kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar
4. Pemberian makan : hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
5. Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, berdarah
6. Infeksi : suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, pernapasan sulit
7. Tinja/kemih : tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja
8. Aktivitas : menggigil, atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Sarwono, 2010:36).

Penanganan:

- a) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam)
- b) Pertahankan bayi agar selalu dengan ibu

- c) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering dengan mengambil popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas dan terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa kemampuan pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan kedalam mulut bayi harus bersih
- d) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- e) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi
- f) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu
- g) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi
- h) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusui kurang baik (Prawirohardjo, 2010:37)

#### K. Penyuluhan Sebelum Bayi Pulang

##### 1. Perawatan Tali Pusat

Saat bayi dilahirkan, tali pusat (umbilikal) yang menghubungkannya dan plasenta ibunya akan dipotong oleh dokter. Semasa dalam rahim, tali ini menyalurkan oksigen dan makanan dari plasenta ke janin yang berada di dalamnya. Tapi saat dilahirkan, bayi tidak lagi membutuhkan oksigen dari ibunya, karena ia sudah dapat bernapas sendiri melalui

hidung. Karena itulah, tali tersebut harus dipotong meski tidak semuanya. Tali pusar yang melekat di perut bayi, akan disisakan beberapa senti oleh dokter. Sisanya ini akan dibiarkan hingga pelan-pelan menyusut dan mengering, lalu terlepas dengan sendirinya. Cara membersihkannya bisa dilakukan sebagai berikut:

- a) Cuci tangan bersih-bersih dengan sabun.
- b) Ambil kapas bulat atau kapas bertangkai yang telah dibubuhi alkohol 70%, lalu bersihkan sisa tali pusar, terutama bagian pangkalnya (yang menempel pada perut).
- c) Lakukanlah dengan hati-hati, apalagi bila pusar bayi masih berwarna merah.
- d) Gunakan jepitan khusus dari plastik untuk memegang ujung tali pusarnya, agar lebih mudah dalam membersihkan dan melilitkan perbannya.
- e) Rendam perban/kasa steril dalam alkohol 70%, lalu bungkus sisa tali pusar. Usahakan agar seluruh permukaan hingga ke pangkalnya tertutup perban.
- f) Lilitkan perban/kasa sedemikian rupa agar bungkusannya tidak terlepas. Pastikan tidak terlalu ketat, agar bayi tidak kesakitan.

g) Gunakan kain kasa untuk mengikat perban agar tetap pada tempatnya.

(Mueser, 2007:42)

## 2. Pemberian ASI

Inisiasi menyusui dini atau pemberian ASI sejak dini adalah sangat dianjurkan untuk dilakukan pada setiap ibu setelah melahirkan. Proses menyusui dapat segera dilakukan begitu bayi lahir. Bayi yang lahir cukup bulan akan memiliki naluri untuk menyusui pada ibunya di 20-30 menit setelah ia lahir. Itupun jika ia tidak mengantuk akibat pengaruh obat ataupun anastesi yang diberikan ke ibu saat proses melahirkan. Pengalaman pertama bayi. Di jam-jam pertama, bayi akan relatif tenang, terjaga dan memiliki kemampuan bawaan untuk melakukan proses latch-on (proses masuknya sebagian besar ke dalam mulut bayi hingga ia dapat mengunci dan menyusui dengan baik dan menyusui dengan baik. Riset menunjukkan bahwa bayi baru lahir yang diletakkan di perut ibu sesaat setelah ia lahir, akan mampu mencari payudara ibu dan menyusui dengan baik dalam kurun waktu kurang dari 50 menit (Varney dkk, 2007:42).

## 3. Jaga Kehangatan Bayi

Bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya dan membutuhkan pengaturan diluar untuk membuat bayi tetap

hangat. Menjaga kehangatan bayi baru lahir merupakan suatu hal yang sangat penting, dengan cara membungkus atau membedung bayi rapat-rapat dan kepalanya ditutup agar membantunya merasa aman dan hangat. Hal ini membuat bayi tidur lebih nyenyak dan lama jika mereka dibungkus. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermia) berisiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal. Jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti, mungkin akan mengalami hipotermia, meskipun berada dalam ruangan hangat.

Tujuan Menjaga Kehangatan :

- a) Untuk mengurangi kehilangan panas tubuh
- b) Membuat bayi merasa aman dan hangat
- c) Membuat bayi tidur lebih nyenyak (Varney dkk, 2007:42).

#### 4. Tanda-Tanda Bahaya

- a) Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum. Ini tanda bayi terkena infeksi berat.
- b) Bayi kejang. Kejang pada bayi baru lahir kadang sulit dibedakan dengan gerakan normal. Jika melihat gejala-gerakan yang tidak biasa dan terjadi secara berulang-ulang (menguap, mengunyah, mengisap, mata berkedip-kedip, mata mendelik, bola mata berputar-putar, kaki

seperti mengayuh sepeda) yang tidak berhenti jika bayi disentuh atau dielus-elus, kemungkinan bayi kejang.

- c) Bayi lemah, bergerak hanya jika dipegang.
- d) Sesak napas (60 kali per menit atau lebih) atau napas 30 kali per menit atau kurang.
- e) Bayi merintih.
- f) Pusing kemerahan sampai dinding perut. Jika kemerahan sudah sampai ke dinding perut, tandanya sudah infeksi berat.
- g) Demam (suhu tubuh bayi lebih dari  $37,5^{\circ}\text{C}$ ) atau tubuh terasa dingin (suhu tubuh bayi kurang dari  $36,5^{\circ}\text{C}$ ).
- h) Mata bernanah banyak.
- i) Bayi diare, mata cekung, tidak sadar, jika kulit perut dicubit akan kembali lambat. Ini tandanya bayi kekurangan cairan yang berat, bisa menyebabkan kematian.
- j) Kulit bayi terlihat kuning. Kuning pada bayi berbahaya jika muncul pada :
  - a) Hari pertama (kurang dari 24 jam) setelah lahir.
  - b) Ditemukan pada umur lebih dari 14 hari.
  - c) Kuning sampai ke telapak tangan atau kaki.

Bila menemukan salah satu dari tanda - tanda bahaya tersebut di atas sebaiknya orangtua segera membawa bayi ke

petugas kesehatan baik dokter maupun bidan (Varney dkk, 2007:43).

## 5. Imunisasi

Setelah lahir, tubuh bayi belum punya daya tahan yang cukup untuk menangkal berbagai penyakit, selain antibodi bawaan yang diberikan ibu sejak dalam kandungan. Dengan imunisasi, tubuh bayi disiapkan mengenali beberapa penyakit tertentu yang mungkin mengancamnya. Berikut 3 jenis imunisasi awal yang diberikan di rumah sakit setelah lahir.

### a) Hepatitis B

Mencegah penyakit hepatitis B yang menyerang hati (liver); berakhir menjadi sirosis (hati menciut) dan kanker hati. Segera setelah lahir, diupayakan dalam 12 jam pertama. Diberikan minimal 3 kali dalam rentang waktu 6 bulan. Disuntikkan di paha. Diberikan tanpa memandang status ibu (pernah terinfeksi atau belum).

### b) Polio

Mencegah terkena polio (poliomyelitis) yang menyebabkan anak lumpuh (kebanyakan mengenai satu kaki tetapi bisa juga terkena kedua kakinya). Menjelang pulang, ditetaskan di mulut. Diberikan 3 kali dalam selang waktu 6-8 minggu. Penyakit ini sangat menular dan tidak ada obat.

c) BCG

Mencegah penyakit TB (tuberkulosis). Menjelang pulang, disuntikkan di lengan atas. Umumnya menyerang paru-paru. Tapi pada anak-anak, penyakit ini dapat menjalar misalnya ke otak, kelenjar, dan tulang, dan menimbulkan komplikasi (Varney dkk, 2007:43).

6. Perawatan Harian atau Rutin

Ajarkan orang tua cara merawat bayi mereka dan perawatan harian untuk bayi bayi baru lahir.

- a) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), mulai dari pertama
- b) Pertahankan agar bayi selalu dengan ibu
- c) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, dengan mengganti popok dan selimut sesuai dengan keperluan. Pastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin (dapat menyebabkan dehidrasi, ingat bahwa pengaturan suhu bayi masih dalam perkembangan). Apa saja yang dimasukkan ke dalam mulut bayi harus selalu bersih
- d) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
- e) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi
- f) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu

- g) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit/infeksi
- h) Ukur suhu tubuh bayi, jika bayi tampak sakit atau menyusui kurang

(Varney dkk, 2007:44)

## 7. Pencegahan Infeksi

### a) Infeksi

Infeksi yang terjadi pada bayi baru lahir ada dua yaitu: *early infection* (infeksi dini) dan *late infection* (infeksi lambat). Disebut infeksi dini karena infeksi diperoleh dari si ibu saat masih dalam kandungan sementara infeksi lambat adalah infeksi yang diperoleh dari lingkungan luar, bisa lewat udara atau tertular dari orang lain. Beragam infeksi bisa terjadi pada bayi baru lahir seperti herpes, toksoplasma, rubella, CMV, hepatitis, eksim, infeksi saluran kemih, infeksi telinga, infeksi kulit, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) dan HIV/AIDS.

Cara mengatasinya, infeksi herpes simpleks pada bayi yang baru lahir memang sangat mengkhawatirkan dan memberikan prediksi akibat yang buruk bila tidak segera diobati. Untungnya pengobatan selama ini mampu menurunkan angka kematian demikian juga mencegah

progresivitas penyakit berupa infeksi herpes pada susunan saraf pusat atau infeksi diseminata (penyebaran tubuh kebagian tubuh lain). Tindakan terhadap bayi dari ibu penderita herpes genitalis dilakukan secara beragam, diantaranya ada rumah sakit yang menganjurkan isolasi. Selanjutnya, pada bayi dilakukan pemeriksaan kultur virus, fungsi hati dan cairan serebrospinalis (otak). Selain pengawasan ketat selama bulan pertama kehidupannya.

Eksim popok dapat dicegah dengan cara mengganti popok sesering mungkin setiap kali popok basah. Sebaiknya kain popok terbuat dari bahan lembut dan cara pemakaiannya tidak terlalu ketat agar kulit tidak bergesek. Penggunaan celana plastik sedapat mungkin dihindari. Eksim popok juga bisa muncul karena adanya zat-zat tajam yang biasa ada pada feses bayi yang menimbulkan peradangan disekitar anus. Bercak ini umumnya terjadi bila sikecil diare.

Adapun pemberian obat antiretroviral (ARV) pada bayi terinfeksi HIV di minggu pertama pasca kelahiran akan memberikan peluang hidup lebih lama. Pemberian ARV sesegera mungkin membantu menaikkan sistem imun yang lemah akibat serangan virus. Karena bayi yang positif terinfeksi HIV tidak mampu membangun

sistem imun untuk ketahanan tubuh. Akibatnya apabila ada penyakit yang menyerang bayi akan cepat sakit dan meninggal. Menurut penelitian bayi yang mendapat terapi ARV akan mempunyai kesempatan hidup lebih lama (Varney dkk, 2007:44).

#### 8. Kecelakaan

Pada bayi, umumnya kecelakaan terjadi karena jatuh, tergores benda tajam, tersedak, tercekik atau tanpa sengaja menelan obat-obatan dan bahan kimia yang diletakkan di sembarang tempat. Bisa ditebak, umumnya kecelakaan seperti itu disebabkan kelalaian orang dewasa di sekitarnya (Varney dkk, 2007:44).

### 2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

#### A. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. (Affandi,2012:67)

#### B. Fase dalam perencanaan penggunaan kb (kontrasepsi rasional)

##### 1. Masa menunda kehamilan

##### a) Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- 2) Reversibilitas yang tinggi artinya kembalinya ke suburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada waktu ini peserta belum mempunyai anak.
- 3) Efeksitas tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan terjadinya resiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

b) Kontrasepsis yang cocok

Sesuai dengan ciri-ciri yang diperlukan maka prioritas pertama kontrasepsi yang disarankan adalah pil KB, disusul AKDR mini kemudian cara sederhana.

2. Menjarangkan kehamilan

(1) Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- 1) Efektifitas cukup tinggi
- 2) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi
- 3) Dapat dipakai 3 sampai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan
- 4) Tidak menghambat air susu ibu (ASI) karena asi adalah makanan yang terbaik untuk bayi sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka ke sakitan dan kematian anak.

(2) Kontrasepsi yang cocok

Prioritas utama kontrasepsi yang disarankan pada masa ini adalah AKDR disusul pil/ suntik, cara sederhana implan dan kontrasepsi mantap.

3. Masa tidak hamil atau mengakhiri kehamilan

a) Ciri-ciri kontrasepsi yang diperlukan:

1) Efektifitas sangat tinggi

Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak, di samping itu peserta sebut memang tidak mengharapkan punya anak lagi.

2) Dapat dipakai untuk jangka panjang.

Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua kelainan penyakit jantung, darah tinggi keganasan dan metabolik biasanya meningkat oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi menambah kelainan tersebut

(2) Kontrasepsi yang cocok

Prioritas pertama kontrasepsi yang disarankan pada masa ini adalah kontrasepsi mantap, disusul implan, AKDR, suntikan KB, pil KB, dan cara sederhana.

(Affandi,2012:57)



Gambar 2.21

Jenis-jenis kontrasepsi

Sumber : PKBI Jateng, 2015. Mengenal jenis kontrasepsi.x

### C. Sasaran Keluarga Berencana

Menurut Handayani (2010), sasaran program keluarga berencana dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan sasaran tidak langsung.

1. Sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan
2. Secara tidak langsung adalah pelaksanaan dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

Berikut ini merupakan sasaran program keluarga berencana yang tertuang dalam RPJM 2004-2009, meliputi:

Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1.14 per tahun.

- a) Menurunnya TFR menjadi sekitar 2,2 per perempuan

- b) 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.
- c) Meningkatkan peserta KB laki-laki menjadi 4,5 persen.
- d) Meningkatkan rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- e) Meningkatkan partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak
- f) Meningkatkan jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
- g) Meningkatkan jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional.

(Marmi,2016:56)

#### D. Macam metode kontrasepsi

##### 1. Metode mal ( *amenorea laktasi* )

###### a) Pengertian

Mal adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu ( ASI ) secara eksklusif artinya hanya diberikan asi tanpa tambahan makanan atau minuman lainnya kecuali obat.

Maal dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

- 1) Menyusui secara penuh lebih efektif bila pemberian kurang lebih 8 kali sehari.
- 2) Belum haid

- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan
  - 4) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode lainnya.
- b) Keuntungan
- 1) Efektif tinggi (kebersihan 98% pada 6 bulan pasca persalinan)
  - 2) Segera efektif
  - 3) Tidak mengganggu senggama
  - 4) Tidak ada efek samping secara sistemik
  - 5) Tidak perlu pengawasan medis
  - 6) Tidak perlu obat atau alat
  - 7) Tanpa biaya
- c) Keterbatasan
- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
  - 2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
  - 3) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBF dan HIV/AIDS

(Affandi, 2011:72)

d) Efektivitas

Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar, jika dilakukan secara benar, risiko kehamilan

kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan

( Kemenkes RI, 2013)

e) Yang dapat menggunakan MAL

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

f) Keadaan

- 1) Ketika mulai memberikan makanan pendamping secara teratur
- 2) Ketika haid sudah kembali
- 3) Bayi menghisap susu tidak sering atau jika kurang dari 8 X sehari
- 4) Bayi berumur 6 bulan atau lebih

g) Yang seharusnya tidak dipakai

- 1) Sudah mendapat haid setelah persalinan
- 2) Tidak menyusui secara eksklusif
- 3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan

( Affandi,2011:34).

## 2. Kondom

Merupakan sarung karet yang dapat dibuat dari berbagai bahan diantaranya lanteks (karet), plastik, atau bahan alami yang dipasang pada penis saat hubungan seksual

a. Cara Kerja

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

b. Manfaat penggunaan kondom

Manfaat kontrasepsi :

- (1) Efektif bila digunakan secara benar.
- (2) Kesehatan klien tidak terganggu.
- (3) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- (4) Murah dan bisa dibeli secara umum.
- (5) Tidak memerlukan resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.
- (6) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya ditunda.

Manfaat nonkontrasepsi :

- (1) Memberikan dorongan kepada suami untuk ber KB.
- (2) Dapat mencegah penularan IMS.
- (3) Saling berinteraksi sesama pasangan.

(Affandi, 2012:MK-18)

c. Kondom sesuai untuk pria yang :

- (a) Ingin berpartisipasi dalam program KB
- (b) Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi
- (c) Ingin kontrasepsi sementara
- (d) Ingin kontrasepsi tambahan
- (e) Hanya ingin memakai alat kontrasepsi jika akan berhubungan
- (f) Beresiko tinggi tertular atau menularkan infeksi menular seksual (IMS)

d. Kondom tidak sesuai untuk pria yang:

- (a) Memiliki pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan
- (b) Alergi terhadap bahan dasar kondom
- (c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- (d) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual
- (e) Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi

(Affandi, 2012:MK-19)

e. Keuntungan:

- (a) Efektif bila digunakan dengan benar
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik

- (e) Murah dan dapat dibeli secara umum.
- (f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan khusus

f. Kerugian :

- (a) Efektifitas tidak terlalu tinggi.
- (b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- (c) Agak mengganggu hubungan seksual
- (d) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- (e) Klien malu untuk membeli kondom di tempat umum.
- (f) Menimbulkan limbah karena membuang kondom sembarang.

### 3. Kontrasepsi suntik

Kontrasepsi suntik adalah suatu cara kontrasepsi melalui penyuntikan hormon, baik hormon estrogen dan progesteron maupun hormon progesteron saja, sebagai usaha pencegahan kehamilan pada wanita usia subur.

Ada dua jenis kontrasepsi suntik, yaitu :KB suntik kombinasi dan KB suntik progestin

#### a) Kontrasepsi suntik kombinasi

- 1) 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat (cyclofem)
- 2) 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat

Cara kerja:

- (a) Menekan ovulasi

- (b) Membuat lendir serviks menjadi kental
- (c) Perubahan endometrium menjadi atrofi sehingga implantasi terganggu
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

Keuntungan kontrasepsi suntik kombinasi:

- a) Resiko terhadap kesehatan kecil
- b) Tidak mempengaruhi hubungan suami istri
- c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- d) Efek samping kecil
- e) Pemakaian jangka panjang
- f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- g) Terlindung dari penyakit-penyakit radang panggul
- h) Mencegah kehamilan ektopik
- i) Mengurangi nyeri waktu haid

Kerugian menggunakan kontrasepsi suntik :

- a) Tidak perubahan pola haid seperti tidak teratur kadang terjadi bercak/spotting
- b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan keluhan ini hilang setelah suntikan yang kedua.
- c) Efektifitas berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi

- d) Dapat terjadi efek samping yang serius seperti penyakit jantung, stroke, bekuan darah pada paru-paru atau otak, kemungkinan tumor hati.
- e) Kemungkinan terlambat pemulihan kesuburan setelah pemberhentian pemakaian.
- f) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan penyakit infeksi menular seksual, penyakit HIV, hepatitis B.

Indikasi :

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak
- c) Pascapersalinan dan tidak menyusui
- d) Riwayat kehamilan ektopik.
- e) Penderita kanker payudara, anemia.
- f) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

Kontraindikasi :

- a) Hamil atau diduga hamil
- b) Menyusui di bawah 6 bulan.
- c) Perdarahan pervaginam penyakit hati.
- d) Wanita usia 35 tahun yang merokok aktif.
- e) Penderita jantung, stroke, liver, darah tinggi dan kencing manis.
- f) Keganasan pada payudara.

#### 4. Kontrasepsi suntikan progestin

Kontrasepsi suntikan progestin dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia produktif yang sangat efektif cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan ASI, sangat aman digunakan tetapi kembali kesuburan lebih lambat.

Kontrasepsi suntikan yang mengandung progestin yaitu :

Depo medroksiprogesteron asetat (depo propera) mengandung 150 DMPA yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara suntikan intramuscular (IM).

Keuntungan kontrasepsi 3 bulan :

- a) Resiko terhadap kesehatan kecil
- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- c) Tidak di perlukan pemeriksaan dalam
- d) Jangka panjang
- e) Efek samping sangat kecil.
- f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

Kerugian kontrasepsi 3 bulan :

- a) Gangguan haid. Siklus haid memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, spotting, tidak haid sama sekali.
- b) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu.
- c) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.

- d) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- e) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- f) Pada penggunaan jangka panjang dapat menurunkan densitas tulang.
- g) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan.

Prosedur tindakan injeksi intra muskular yaitu:

- a) Beri penjelasan pada pasien tentang prosedur yang akan dilakukan.
- b) Siapkan peralatan kedekatan pasien.
- c) Pasang sampiran atau penutupan tirai.
- d) Atur posisi pasien nyaman mungkin.
- e) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
- f) Pakai sarung tangan (tidak perlu steril hanya untuk melindungi petugas dari infeksi).

Penggunaan sarung tangan steril merupakan komponen kunci dalam meminimalkan penularan penyakit serta mempertahankan lingkungan bebas infeksi. Sarung tangan digunakan dengan alasan mengurangi resiko petugas terkena infeksi bakterial dari pasien, mencegah penularan penyakit pada petugas kepada pasien, mengurangi kontaminasi tangan

petugas kesehatan dengan mikroorganisme yang dapat berpindah dari satu pasien ke pasien lainnya( kontaminasi silang)

- g) Bebaskan daerah yang akan disuntik dari pakaian.
- h) Pasang pengalas dibawah daerah yang akan disuntik.
- i) Hapuskan daerah penyuntikan secara sirkulair menggunakan kapas alkohol 70%, tunggu sampai kering.
- j) Mengangkat kulit sedikit dengan ibu jari dan jari telunjuk tangan kiri (tangan yang tidak dominan)
- k) Tusukkan jarum ke dalam toto dengan jarum dan kulit membentuk sudut  $\pm 90^0$
- l) Tarik penghisap sedikit untuk memeriksa apakah jarum masuk ke dalam pembuluh darah yang ditandai dengan darah masuk ke dalam tabung spuit (saat aspirasi jika ada darah berarti jarum mengenai pembuluh darah, maka cabut segera spuit dan ganti dengan spuit dan obat yang baru).
- m) Masukkan obat secara perlahan-lahan.
- n) Tarik jarum keluar setelah obat masuk (pada saat menarik jarum keluar tekan bekas suntikan dengan kapas alkohol agar darah tidak keluar). Daerah bekas injeksi tidak boleh dilakukan masase, karena akan mempercepat reaksi obat, sehingga menurunkan efektifitas obat.

- o) Rapikan klien dan bereskan alat (sprit diisi dengan larutan chlorine 0,5% sebelum dibuang).
- p) Lepaskan sarung tangan (sebelumnya cuci tangan yang menggunakan sarung tangan dalam chlorine 0,5%), rendam dalam larutan chlorine 0,5% selama 10 menit.
- q) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, keringkan dengan handuk bersih.
- r) Lakukan dokumentasi/pencatatan tindakan yang telah dilakukan.

#### 5. Kontrasepsi Pil

Pil adalah obat pencegahan kehamilan yang diminum berisi hormon estrogen dan hormon progesterin. Pil diperuntukkan bagi wanita yang tidak hamil dan menginginkan cara pencegahan kehamilan sementara yang paling efektif bila diminum secara teratur. Minum pil dapat dimulai segera sesudah terjadinya keguguran, setelah menstruasi, atau pada masa post-partum bagi ibu yang tidak menyusui bayinya. Jika seorang ibu ingin menyusui, maka hendaknya penggunaan pil ditunda sampai 6 bulan sesudah kelahiran anak (atau selama masih menyusui) dan disarankan menggunakan cara pencegahan kehamilan yang lain.

a) Jenis-jenis kontrasepsi pil:

(3) pil gabungan atau kombinasi

pada setiap pil mempunyai komposisi yaitu hormon estrogen dan progestin. Pil gabungan mempunyai cara kerja mencegah kehamilan dan hampir 100% efektif bila diminum secara teratur. Dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah punya anak maupun yang belum punya anak. Tidak dianjurkan pada ibu menyusui, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

(a) Jenis-jenis pil kombinasi :

(1) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progesteron dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(2) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progesteron dalam dua dosis yang berbeda adalah estrogen dan progesteron, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(3) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progesteron dalam tiga dosis yang berbeda adalah mengandung berbagai dosis progestin.

(b) Cara kerja kontrasepsi pil kombinasi :

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Mencegah implantasi
- (3) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma.
- (4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur terganggu juga.

(c)Keuntungan kontrasepsi pil kombinasi :

- (1) Memiliki efektifitas tinggi
- (2) Resiko terhadap kesehatan kecil.
- (3) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (4) Siklus haid tidak teratur.
- (5) Dapat digunakan jangka panjang, pada usia remaja sampai menopause, dan mudah dihentikan.
- (6) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat dan mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium dan kanker endometrium.

(d) Kerugian kontrasepsi pil kombinasi :

- (1) Mahal dan membosankan karena digunakan setiap hari.
- (2) Mual pada 3 bulan pertama
- (3) Berat badan naik, nyeri pada payudara, tidak mencegah IMS dapat meningkatkan tekanan darah.

(4) Perdarahan bercak terutama 3 bulan pertama.

(5) Pusing dan tidak boleh diberikan pada wanita menyusui.

(e) Indikasi

(1) Usia produktif

(2) Telah mempunyai anak atau belum mempunyai anak

(3) Gemuk atau kurus.

(4) Pasca keguguran, riwayat kehamilan ektopik dan kelainan payudara jinak.

(5) Nyeri haid hebat dan siklus haid tidak teratur.

(f) Kontra indikasi:

(1) Hamil dan dicurigai hamil

(2) Menyusui eksklusif

(3) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.

(4) Perokok dengan usia <35 tahun

(5) Riwayat jantung, stroke atau tekanan darah.

(6) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis.

2) kontrasepsi pil khusus progestin (pil mini)

pil ini mengandung dosis kecil bahan progestin sintesis dan memiliki sifat pencegah kehamilan, terutama dengan

mengubah mukosa dari leher rahim (merubah sekresi pada leher rahim) sehingga mempersulit pengangkutan sperma. Selain itu, juga mengubah lingkungan endometrium (lapisan dalam rahim) sehingga menghambat perletakan telur yang telah dibuahi.

Pada umumnya wanita memilih kontrasepsi mini pil dikarenakan tidak ada kecocokan pada pil kombinasi seperti pada wanita menyusui. Wanita yang memilih pil kombinasi akan cepat terjadinya kehamilan berbeda dengan yang menggunakan mini pil yang mempunyai sedikit kesempatan untuk hamil lebih cepat setelah berhenti menggunakan kontrasepsi pil.

a)Keuntungan kontrasepsi mini pil :

- 1) berkurangnya resiko PID wanita menyusui.
- 2) Digunakan pada PID terlalu kecil.
- 3) Resiko terjadiPID terlalu
- 4) Membantu rasa nyeri pada penderita endometriosis.
- 5) Mengurangi kram pada saat menstruasi.

b) Kerugian kontrasepsi pil mini :

- 1) Peningkatan/ penurunan berat badan.
- 2) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
- 3) Efektifitas lebih rendah.

- 4) Tidak terlindungi dari infeksi menular seksual.
- 5) Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama.

c) Indikasi kontrasepsi pil mini :

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah mempunyai anak atau belum mempunyai anak.
- 3) Perokok segala usia.
- 4) Mempunyai tekanan darah tinggi atau masalah dengan pembekuan darah.

5) Pascapersalinan dan tidak menyusui tidak boleh menggunakan estrogen

6) Pasca keguguran.

d) Kontra indikasi kontrasepsi pil mini:

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

3) Menggunakan obat tuberculosi.

4) Sering lupa minum pil.

5) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

6) Riwayat stroke.

6. AKDR ( Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

AKDR ATAU IUD (intra uteri device) adalah perangkat kecil yang diletakkan didalam rongga rahim. IUD lebih aman, lebih murah

dan sangat efektif sebagai kontrasepsi jangka panjang. Bagi banyak kaum wanita merupakan alat kontrasepsi yang terbaik. Alat ini sangat efektif dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Bagi ibu yang menyusui, Akdr tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran ataupun kadar air susu (asi). Namun, ada wanita yang etrnya belum dapat menggunakan sarana kontrasepsi ini. Karena itu, setiap calon pemakai AKDR perlu memperoleh informasi yang lengkap tentang seluk beluk alat kontrasepsi ini.

a) Jenis-jenis AKDR :

1) Copper-T

AKDR berbentuk T, terbuat dari bhaan polyethelen di mana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. IUD ini snagat efektif dalm 10 tahun dapat mencegah kehamilan ektopik dan melindungi terhadap kanker ektopik dan melindungi terhadap kanker endometrium.

2) Copper-7

AKDR ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan  $200 \text{ mm}^2$ ,

### 3) Multi load

AKDR ini terbuat dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm. Batangnya diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan  $250 \text{ mm}^2$  Atau  $375 \text{ mm}^2$  untuk menambah efektivitas. Ada 3 ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil) dan mini.

### 4) Lippes loop

AKDR ini terbuat dari bahan polyethelen, bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya. Keuntungan lain dari pemakain spiral jenis ini ialah bila terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik.

#### b) Keuntungan kontrasepsi IUD :

- 1) Metode jangka panjang.
- 2) Tidak ada efek samping hormonal.
- 3) Tidak mempengaruhi pemberian ASI.
- 4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.

#### c) Kerugian kontrasepsi IUD :

- 1) Tidak melindungi infeksi menular seksual.

- 2) Mungkin sedikit kram, rasa sakit dan bercak darah setelah insersi.
- 3) Alergi terhadap tembaga.
- 4) Menstruasi akan lebih banyak dibandingkan yang normal.
- 5) Harus rajin kontrol ke tenaga kesehatan.

#### 7. Kontrasepsi Implan

Implan adalah kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang di bawah kulit pada lengan atas, alat kontrasepsi ini disusupkan dibawah kulit lengan atas sebelah dalam. Bentuknya semacam tabung-tabung kecil pembungkus plastik berongga dan ukurannya sebesar batang korek api. Di dalam batang tersebut berisi zat aktif berupa hormon. Susuk tersebut akan mengeluarkan hormon sedikit demi sedikit. Jadi, konsep kerjanya menghalangi terjadinya ovulasi dan menghalangi migrasi sperma. Pemakaian susuk dapat diganti setiap 5 tahun, 3 tahun, dan ada juga yang diganti setiap tahun.

##### Cara Kerja

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

##### Efektivitas

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

#### Yang Boleh Menggunakan Implan

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

#### Yang Tidak Boleh Menggunakan Implan

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat pola haid yang terjadi.
- 4) Miom uterus dan kanker payudara.
- 5) Gangguan toleransi glukosa (Abdul, 2010 : MK 54-55).

Keuntungan kontrasepsi implan :

- 1) Kontrasepsi yang efektif untuk jangka panjang.
- 2) Tidak mengganggu pada waktu hubungan suami istri.
- 3) Depresi dan meningkatkan gejala pra menstruasi.
- 4) Wanita lebih sedikit keluarnya darah menstruasi.

Mereka juga tidak kram, sakit kepala dan nyeri pada payudara.

Kerugian kontrasepsi implan:

- 1) Tidak mencegah penyakit HIV/ AIDS
- 2) Tidak terjadi perdarahan diluar haid

(Rahayu,2017:89)

#### 8. Kontrasepsi metode sederhana

Metode KB sederhana adalah metode KB yang digunakan tanpa bantuan orang lain. Yang termasuk metode KB sederhana adalah kondom, pantang berkala, senggama terputus, dan spremisida. Metode sederhana akan lebih efektif bila penggunaannya diperhitungkan masa subur.

##### 1) Senggama Terputus

Konsep senggama terputus adalah mengeluarkan kemaluan menjelang terjadinya ejakulasi. Senggama terputus merupakan metode tertua di dunia, karena telah tertulis pada kitab tua dan diajarkan kepada masyarakat. Di Prancis adad ke 17, metode

senggama terputus merupakan metode utama untuk menghindari kehamilan.

Kekurangan metode ini adalah mengganggu kepuasan kedua belah pihak; kegagalan hamil sekitar 30 sampai 35% karena semen keluar sebelum mencapai puncak kenikmatan, terlambat mengeluarkan kemaluan, semen yang tertumpah diluar sebagian dapat masuk ke genetalia; dan dapat menimbulkan ketegangan kedua belah pihak (Afandi, 2011:89)

#### 9. Kontrasepsi mantap

##### a) Kontrasepsi Mantap

Suatu metode yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur pada perempuan dan sperma pada laki-laki (Nina dkk, 2013:56).

##### 1) Vasektomi

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2011:90) Mekanisme kerja Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Saifuddin, 2006).

Manfaat kontrasepsi

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

#### Syarat Melakukan vasektomi

- (1) Syarat sukarela

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

- (2) Syarat bahagia

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

(3) Syarat sehat

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

Indikasi

- (1) Pria usia reproduktif <50 tahun
- (2) Yang menginginkan metode sangat efektif
- (3) Istri yang bermasalah usia, paritas atau kesehatan yang mungkin akan menimbulkan resiko
- (4) Yang memahami dan sukarela member izin untuk pemasangan prosedur tersebut
- (5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

Kontraindikasi

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

## 2) Tubektomi

### (a) Pengertian

Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah sorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi,2012:110).

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

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

### (d) Waktudilakukan

(1) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proferasi) pasca persalinaan.

(e) Minilap: didalam waktu 2 hari atau 6 minggu atau 12 minggu.

(f) Laparoskopi: tidak tepat untuk klien-klien pasca persalinaan.

(1) Pasca keguguran

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

(3) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja) (Affandi,2012:115).

Keuntungan :

Menurut BKKBN (2012) Keuntungan MOW sangat banyak, antara lain: tidak ada efek samping dan perubahan dalam fungsi hasrat seksual, dapat dilakukan pada perempuan diatas 26 tahun, tidak mempengaruhi Air Susu Ibu (ASI), perlindungan terhadap terjadinya kehamilan sangat tinggi, dapat digunakan seumur hidup, dan tidak mempengaruhi atau mengganggu kehidupan suami istri (Seto dkk, 2011:97).

Efektivitas :

MOW merupakan bentuk kontrasepsi yang sangat efektif dengan angka kegagalan 1-5 per 1000 kasus, yang berarti efektivitasnya 99,4-99,8% per 100 wanita per tahun dan satu- satunya metode kontrasepsi wanita yang permanen (Rosita,2013:98)

## 2.2.Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

### 2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

#### A. Data Subyektif

##### 1. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti:

- a) Nama: Untuk dapat mengenali nama ibu dan mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama. (Romauli,2011:61)
- b) Usia/tanggal lahir: Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (antara 20 sampai 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Manuaba,2010:80)
- c) Agama: sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba,2010:78)
- d) Pendidikan terakhir: sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba,2010:74)
- e) Pekerjaan: data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan (Varney, 2007:89)

f) Suku/bangsa: data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan(Marmi,2014:45)

g) Alamat:selain sebagai data mengenai distribusilokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.

## 2. Keluhan Utama

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani dkk,2011:150)

Keluhan yang menyebabkan ibu memeriksakan diri biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan. Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan kehamilannya karena ingin mengetahui tentang terjadinya kehamilan; ingin menggugurkan kehamilan karena alasan khusus; terjadinya penyulit kehamilan muda yang dapat meliputi gangguan muntah berlebihan, terjadi perdarahan, atau sakit pada perut; keluhan kehamilan tua yang mungkin disertai perdarahan, mengeluarkan air ketuban, gerak anak berkurang atau hiperaktif, terlambat melahirkan, atau ingin melahirkan karena perut mulai sakit (Manuaba dkk, 2009:2).

Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan terdapat infeksi yang menyertai kehamilan kemungkinan terjadi gangguan pada genito-urinaria, terdapat keluhan leukorea, atau badan panas (Manuaba,, 2010:2).

### 3. Riwayat Menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungan, meliputi hal-hal berikut ini:

- a) Umur menarache
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal

Menurut Mochtar (2012:35), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegele:

$TTP = (\text{hari HT}+7) \text{ dan } (\text{bulan HT}-3) \text{ dan } (\text{tahun HT}+1)$  untuk siklus 28 hari +x hari

Menurut Sunarti (2013:64) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terakhir 2 Februari, caranya, tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

- g) Disminorhea
- h) Perdarahan uterus disfungsi, misalnya spotting, menoragia, dan lalin-lain.
- i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)

j) Sindrom syok keracunan

k) Sindrom premenstrual

(Hani dkk, 2011:152)

#### 4. Riwayat Obstetri

a) Gravida/Para

b) Tipe golongan darah (ABO dan Rh)

c) Kehamilan yang lalu

1) Tanggal persalinan

2) Usia gestasi

3) Tempat lahir

4) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstraksi)

5) Masalah obstetric, medis dan social yang lain, dalam kehamilan (Preeklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi kandungan, bagaimana laktasi, dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi yang seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya

Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosis persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalannya persalinan yang

lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala factor yang mempengaruhi persalinan. (Hani dkk,2011:155)

#### 5. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang keluhan kehamilan yang biasa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi dengan yang lebih baik (Rukiyah, 2009)

#### 6. Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan. (Hani dkk,2011:157)

#### 7. Riwayat kesehatan keluarga

- a) Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati)
- b) Kanker
- c) Penyakit jantung
- d) Hipertensi
- e) Diabetes
- f) Penyakit ginjal
- g) Penyakit jiwa
- h) Kelainan bawaan
- i) Kehamilan ganda
- j) TB (Tuberkulosis)
- k) Epilepsi

l) Kelainan darah (anemia dan lain-lain)

m) Alergi

n) Kelainan genetic

o) Riwayat keturunan kembar

(Hani dkk,2011:158)

## 8. Pola Fungsi Kesehatan

a) Nutrisi

Pada ibu hamil peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori per hari, mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum cukup cairan (menu seimbang).

Menurut Saiffudin (2011:286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan yaitu:

1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya Pre-eklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 8,5 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan), atau hewani (ayam,

ikan, keju, susu, telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran premature, anemia, dan odema.

### 3) Kalsium

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

### 4) Zat Besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segera setelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500  $\mu\text{g}$ , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersama kopi atau teh karena mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam 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 dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan.

Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

#### 5) Asam Folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Tabel 2.14  
Tambahan kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi	Kebutuhan tidak hamil/hari	Tambahan kebutuhan hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75 gram	8-12 gram
Lemak	53 gram	Tetap
Fe	28 gram	2-4 gram
Ca	500 mg	60 mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75 gram	40 mg
Asam folat	180 gram	400 gram

Sumber: (Marmi , 2012)

Tabel 2.15

Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan makanan	Porsi hidangan sehari	Jenis hidangan
Nasi	5 + 1 porsi	<b>Makan pagi:</b> nasi 1,5 porsi (150 gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40 gram), tempe 2 potong sedang (50 gram), sayur 1 mangkok dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	

Tempe	3 potong	<b>Makanan selingan:</b> susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	<b>Makan siang:</b> nasi 3 porsi (300 gram), dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi <b>Makan selingan:</b> susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang <b>Makan malam:</b> nasi 2,5 porsi (259 gram) dengan lauk, sayur dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	

Sumber: Marmi, 2012:201

#### b) Pola Eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gestasional sehingga menurunkan tonus dan motility lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltic usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi.

Penekanan kandung kemih karena pengaruh Hormon estrogen dan progesterone sehingga menyebabkan sering buang air kecil.

(Rukiyah, 2009:78).

#### c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuluskeleta: Persendian *sakro-iliaka*, *sakro koksigia* dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligament dan pelvik, cara berbaring, duduk, berjalan, berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri karena jatuh (Rukiyah, 2009:79)

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakan bebrapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur bertulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, 2009:80)

e) Pola Seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan premature maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan terakhit, Kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri. (Varney,2007:67)

f) Personal Hygien

Menjaga kebersihan diri terutama lipatak kulit(ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan. (Saiffudin,2009:76)

g) Riwayat Keteregantungan

1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa di transfer melalui plasenta

kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang terdapat didalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineprin, dan CO<sub>2</sub> meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia (Marmi,2014:75)

## 2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi,2014:65)

## 3) Obat Terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi berisiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian(Marmi, 2014:67)

## 9. Riwayat Psikososial dan budaya

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain usia nikah pertamakali, status pernikahan sah/tidak,

lama pernikahan, perkawinan sekarang adalah suami yang keberapa  
(Sulistyawati,2009:125)

## **B. Data Obyektif**

### **1. Pemeriksaan Umum**

#### **a) Keadaan Umum**

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah:

- 1) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- 2) Lemah: Pasien dimasukkan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri  
(Sulistyawati,2009:89-90)

#### **b) Kesadaran**

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadat) (Sulistyawati,2010:92)

### c) Tanda-tanda Vital

#### 1) Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal peretengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg. Berisiko mengalami pre-eklamsia(Marmi, 2014). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat pre-eklamsia. (Manuaba,2010:124)

#### 2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai *hipotridisme* jika denyut nadi > 100x/menit (Marmi, 2011:163)

#### 3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5 °C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5 °C perlu waspadai adanya infeksi (Mochtar,2015:173)

#### 4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit (Mochtar,2015:75)

## 5) Antropometri

### (a) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah  $\geq 145$  cm (Marmi,2014:78)

### (b) Berat Badan

Peningkatan berat badan optimal untuk rata-rata kehamilan adalah 12,5 kg, 9 kg diperoleh pada 20 minggu terakhir. Berat badan yang optimal ini berkaitan dengan resiko komplikasi terendah selama kehamilan dan persalinan serta berat badan bayi lahir rendah. Banyak faktor yang mempengaruhi peningkatan berat badan. Tingkat edema, laju metabolik, asupan diet, muntah atau diare, merokok, jumlah cairan amniotik dan ukuran janin, semuanya harus diperhitungkan. Usia maternal, ukuran tubuh prekehamilan, paratis, ras-etenisitas, hipertensi, dan diabetes juga mempengaruhi pola peningkatan berat badan maternal. Peningkatan berat badan yang tepat bagi setiap ibu hamil saat ini didasarkan pada indeks masa tubuh prekehamilan (Body Mass Index) yang menggambarkan perbandingan berat badannya lebih sedikit daripada ibu yang memasuki

kehamilan dengan berat badan sehat. Kenaikan berat badan selama kehamilan dapat dihitung dengan menghitung indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil, yaitu kilogram BB/(TB dalam m<sup>2</sup>) atau pon BB/ (inchi TB)<sup>2</sup> nilai BB dan TB yang digunakan adalah sebelum hamil. kemudian hasil perhitungan IMT dikonsultasikan pada tabel berikut ini :

Tabel 2.16

## Rekomendasi Penambahan Berat Badan

## Berdasarkan Indeks Massa Tubuh

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

Sumber : (Saifuddin, 2010:80)

## (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)* (Saiffudin, 2009:86)

## 2. Pemeriksaan Fisik

## a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Saiffudin, 2009:89)

## b) Muka

Bersih atau terdapat cloasma gravidarum, edema atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak, muka yang pucat menandakan adanya kelainan tertentu (Romauli, 2011:173)

c) Mata

Bentuk mata simetris atau tidak, konjungtiva anemis atau merah muda, sklera mata putih atau kuning, konjungtiva yang anemis menandakan anemia atau kelainan lainnya (Mochtar,2015:173-174).

d) Hidung

Bentuk hidung simetris atau tidak, terdapat secret atau tidak, terdapat polip atau tidak (Mochtar,2015:175)

e) Mulut

Mukosa bibir lembab,kering atau pecah-pecah , apakah terdapat caries gigi atau tidak, bibir yang kering menandakan kekurangan vitamin c atau ada kelainan lainnya (Mochtar,2015:177).

f) Telinga

Bentuk telinga apakah simetris kanan kiri, apakah terdapat cerumen atau tidak (Mochtar,2015:177)

g) Leher

Normal apabila tidak ada pemebesara kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis (Mochtar,2015:178)

#### h) Dada/payudara

- 1) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia.
- 2) Kesimetrisan gerak napas
- 3) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)
- 4) Auskultasi paru(bunyi napas normal, rales, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)
- 5) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katup, bunyi tambahan, murmur, *spritting*, gesekan, *thrill*)
- 6) Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau tidak), *hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila ditekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH)

#### 7) Ketiak

Pemeriksaan ketiak di lakukan dengan mengamati apakah terdapat benjolan yang abnormal di daerah sekitar ketiak atau tidak (Romauli,2011:180)

#### i) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, *striae*, *linea*, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistyawati, 2009:98)

1) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi* (Mochtar,2015:179)

2) Ukuran janin

Dengancara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan penghitungan tafsiran berat janin dengan rumus dari Johnson Tausak (TFU (cm)  $-n \times 155 =$  TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka  $n=12$ . Bila kepala di atas *ischiadica* maka  $n=11 = 11$  (Varney, 2011:530)

Tabel 2.17  
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
28 minggu	28 cm ( $\pm 2$ cm)	Ditengah antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
36 minggu	36 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Saifudin, 2009; 93

3) Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya

risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012; 41) menurut rumusnya Johnson tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-n) x 155= berat badan (g). Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka n=12, dan bila kepala di bawah spina iskiadika maka n=11. Tafsiran Berat Janin sesuai usia kehamilan trimester III menurut Manuaba (2010; 89) .

Tabel 2.18  
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

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

Sumber: Manuaba , 2010; 89

#### 4) Letak dan Presentasi

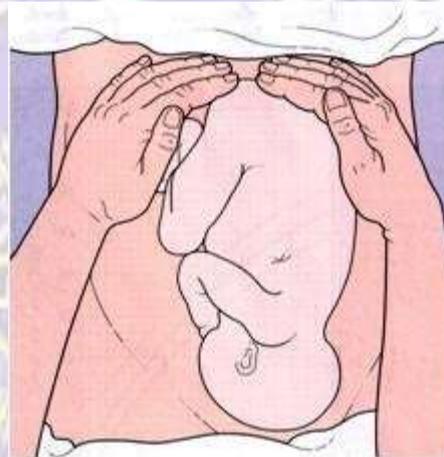
Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah Leopold, yaitu:

Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus.

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010:118). Menurut

Marmi (2011:167) langkah-langkah pemeriksaan leopold I yaitu:

- (1) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (2) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat keara muka penderita
- (3) Rahim dibawah ke tengah
- (4) Tinggi fundus uteri ditentukan



Gambar 2.22  
Leopold I

Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 23 Januari 2019)

TFU berdasarkan Leopold pada trimester III dapat dicermati pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.19

TFU berdasarkan leopold pada trimester III

Usia kehamilan	TFU
28 minggu	3 jari diatas 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: Manuab 2010:84

- e. Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung.

Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan mementukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010:118-119). Menurut Marmi (2011:167-168) langkah-langkah leopold II yaitu:

- (1) Kedua tangan pindah ke samping
- (2) Tentukan dimana punggung anak.

Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberi rintangan besar.

Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

Variasi Buddin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:118).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:119)



Gambar 2.23

Leopold II

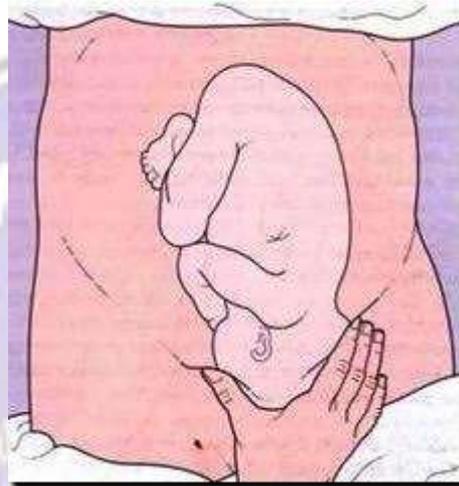
Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 23 Januari 2019)

- f. Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

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

- (1) Dipergunakan satu tangan saja

- (2) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (3) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan



Gambar 2.24

Leopold III

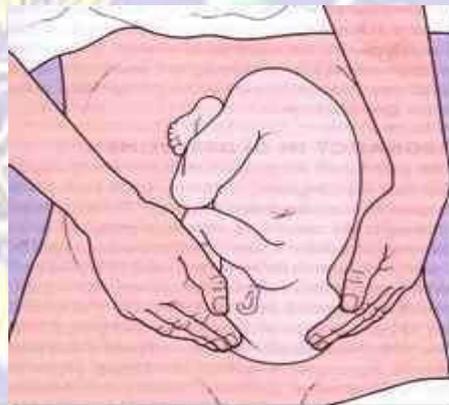
Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 23 Januari 2019)

- g. Leopold IV : Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP.

Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010:119).

Menurut Marmi (2011:168) langkah-langkah menentukan leopld IV yaitu:

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah
- (3) Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.



Gamabr 2.25

Leopold IV

Sumber: [www.google.co.id](http://www.google.co.id) (diakses 23 Januari 2019)

#### (d) Perlimaan

Penurunan bagian terbawah janin menurut

Wiknjosastro (2008:44), dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada diatas tepi simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (Perlimaan) yaitu:

- (1) 5/5 : Kepala berada diatas PAP, kepala mudah digerakkan
- (2) 4/5 : Kepala sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk PAP
- (3) 3/5 : Bagian terbesar kepala belum masuk PAP
- (4) 2/5 : Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
- (5) 1/5 : Kepala berada didasar panggul
- (6) 0/5 : Kepala berada di perenium

Tabel 2.20  
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
4/5	H <sub>I-II</sub>	Sulit digerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5	H <sub>II-III</sub>	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H <sub>III</sub> <sup>+</sup>	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H <sub>III-IV</sub>	Kepala di dasar panggul
0/5	H <sub>IV</sub>	Di perineum

Sumber: Saifuddin, 2009

(e) Osborn Test

Menurut Winkjosastro (2007:231) tujuan osborn ini adalah untuk mengetahui adanya DKP (disporsi kepala panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan tes osborn ini adalah sebagai berikut:

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong janin masuk ke arah PAP

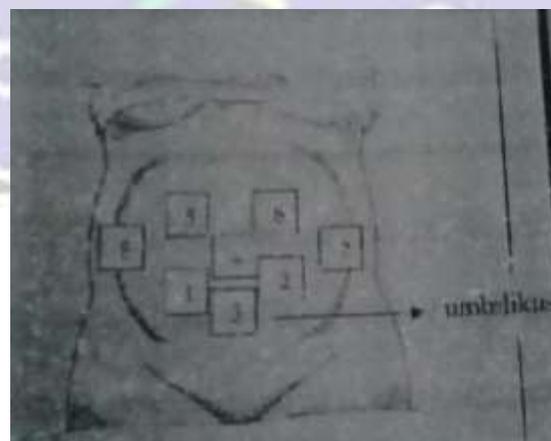
Apabila kepala mudah masuk tanpa halangan, maka hasil tes osborn adalah negatif. Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diukur dengan dua jari telunjuk dan jari tengah tangan. Apabila lebar tonjolan lebih dari dua jari maka hasil tes osborn adalah positif. Apabila lebar tonjolan kurang dari dua jari maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan usia kehamilan ukuran kepala diharapkan bisa menyesuaikan ukuran panggul (mooulase) Winkjosastro, 2007:231).

Cara lain apabila kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis maka jari tengah diletakkan tepat diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka hasil tes osborn adalah negatif, apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes osborn adalah ragu-ragu, apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah maka hasil tes osborn positif (Winkjosastro, 2008:231).

(b) Auskultasi

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu,

dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Mochtar,2015:67).



Gambar 2.26  
Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26

Gestasi pada posisi normal  
 Sumber: Wheeler, 2007:98

Keterangan:

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

j) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid.

Progrsteron juga menyebabkan relaksasi dinidng vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vema hemoroid(Saiffudin, 2010:539)

k) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus dan pertumbuhan abnormal (*kandiloma akuminata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus*). Pada palpasi vulva akan teraba mayus dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba 2012:537)

l) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III seringterjadi edema dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah,

peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2014:136). Bila bawah bergerak sedikit ketika tendon ditekuk, bila geraknya berlebihan dan cepat maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan vitamin B1 (Mochtar,2015:176)

m) Pemeriksaan panggul luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudelogue*, dan lain-lain (Saiffudin,2009: 161).

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

(1) Distansia spinarum (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina illiaca anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2008: 16).

(2) Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista illiaca sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari

angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patalogik panggul (Saiffudin,2009: 162).

(3) Konjugata eksterna (*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Saiffudin,2009:163).

(4) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. untuk mengukurnya dipakai *oscander*.

Angka yang ditunjuk jangk aharus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangk. Jika jarak ini kurang dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Saiffudin,2009: 165).

n) Pemeriksaan dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini.Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan.Periksa dalam dapat meraba kekauan atau kelenturan

leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2008: 50-51). Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- (1) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
- (2) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
- (3) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.
- (4) Perabaan forniks yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas (Manuaba, 2010: 68).

### 3. Pemeriksaan Penunjang

#### a) Pemriksaan Darah

### 1) *Haemoglobin*

Pemeriksaan dan pengawasan *Haemoglobin* (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% (Manuaba, 2012:139).

### 2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-*gamaglobulin* D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Varney dkk, 2007:255)

### 3) Tes Hbsag

Hepatitis merupakan peradangan hati yang serius yang sangat mudah ditularkan. Hepatitis pada saat kehamilan jika tidak ditangani secara tepat bisa mengakibatkan kerusakan hati, selain itu virus hepatitis juga bisa menular ke janin (Manuaba,2010:76)

#### 4) Tes HIV/AIDS

Virus HIV dapat ditularkan kepada janin melalui darah ibu .

Tes HIV di lakukan untuk mendeteksi secara dini kemungkinan adanya virus HIV yang bisa menular kepada calon bayi (Manuaba,2010:77)

#### b) Pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) , kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal (++++)(Saiffudin,2009:186).

#### c) Pemeriksaan Reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode *Frhling* (Mochtar, 2015:188)

#### d) *Ultrasonografi*

Menurut Romauli(2011:72), penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- 1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS: *gestationalsac*) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- 2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (GRI= *Groun Rum Length*) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.

3) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih 12 minggu.

e) Pemeriksaan Non Stres Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ da aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiograf*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD:FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:67).

f) Kartu Skor Pordji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) denganskor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter , Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor > 12 ditolong oleh dokter (Kemenkes, 2014).

### **C. Analisis/Diagnosa Kebidanan**

Menurut Permenkes RI No 938/Menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah yang tepat.

Diagnosa :  $G_{1/>1}P_{APIAH}$  usia kehamilan 34-40 minggu tunggal intrauteri , situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi

kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123).

Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*) dan kecemasan menghadapi persalinan (Varney dkk, 2007:98)

#### D. Perencanaan

Dianosa Kebidanan: G1P<sub>APIAH</sub> usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal *intrauterine*, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010:123)

Tujuan : Ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan .

Kriteria :

1. Keadaan umum baik
2. Kesadaran *Composmentis*
3. Tanda-tanda vital normal:

Tekanan darah :100/70 mmHg

Nadi :76-88x/menit

Suhu :36,5-37,5<sup>0</sup>C

Respirasi Rate :16-24x/menit

4. Pemeriksaan Laboratorium

5. Hb  $\geq$  11% gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)

6. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur
7. TFU sesuai dengan usia kehamilan
8. Situs bujur dan presentasi kepala

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:554-556) yaitu

- a) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

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

- b) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III meliputi perdarahan pervaginam, demam, sakit kepala hebat, odema, ketuban pecah dini.

R/ Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

- c) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, perslan higien, aktivitas, hubungan seksual perawatan payudara.

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

- d) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III meliputi:Hipertensi, pre-eklamsia, ketuban pecah dini, dll yang mengindikasi pentingnya menghubungi tenaga kesehata dengan segera.

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

e) 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, 2011:128)

f) Jelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan

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

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

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

Potensi masalah:

1) Masalah I: Edema Dependen

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

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Marmi (2014: 43):

(a) Anjurkan ibu menghindari posisi tegak lurus dalam waktu yang lama

R/ mengurangi terjadinya edema

(b)Anjurkan ibu menghindari pemakaian sandal atau hak tinggi

R/ Menekan peredaran darah sehingga darah tidak mengalir dengan lancar.

(c)Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan

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

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

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

(e)Anjurkan pada ibu ibu olahraga senam hamil

R/ memperlancar sirkulasi peredaran darah.

## 2) Masalah 2: Nokturia

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

Kriteria :

(a)Ibu BAK 7-8x/ hari terutama siang hari

(b)Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Manuaba (2010:321)

(a)Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

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

- (b) Anjurkan ibu untuk mrnghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

- (c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- (d) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan akan mengurangnya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kecil

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

- 3) Masalah 3: Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : bisa BAB 1-2x/hari

Intervensi menurut Pantikawati (2009: 112)

- (a) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

- (b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ Makanan tinggi serat menjadikan fese tidak terlalu padat, keras

(c) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

(d) Anjurkan ibu untuk melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot bagian bawah secara teratur.

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

4) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria : 1. BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak  
2. BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:539)

(a) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

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

(b) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun pagi.

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

(c) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

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

(d) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering memviva terjadinya hemoroid.

(e) Anjurkan ibu untuk berendam air hangat.

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

(f) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

5) Masalah 5 : Kram pada kaki

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

Kriteria : Kram pada kaki berkurang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut Romauli (2007:130)

(a) Jelaskan penyebab kram kaki.

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

(b) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur.

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

(c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan *massage*.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(d) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

(e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup beristirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(f) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

6) Masalah 6 : Sesak napas

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

Kriteria : 1. Frekuensi pernapasan 14-24x/menit

2. Ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi menurut Salehah (2009:543)

(a) Jelaskan pada ibu penyebab sesak napas.

R/ Ibu mengerti penyebab sesak napas yaitu karna membesarnya uterus.

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

R/ Menghindari penerkanan diafragma

(c) Anjurkan ibu senam hamil teratur

R/ Merelaksasi otot-otot

(d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/ Aktifitas berat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan menmbah kebutuhan O<sub>2</sub>.

(e) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ Penegangan tulang meringankan penarikan napas.

7) Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan keteganganotot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan keletihan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria : 1. Pusing berkurang

2. Kesadaran *composmentis*

3. Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah (2008:314)

(a) Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan *hemodinamis*.

(b) Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O<sub>2</sub> karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

8) Masalah 8 : Nyeri punggung

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2008)

(a) Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekukan kaki.

R/ Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung.

Melebakan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit didepan dari posisi setengah jongkok.

(b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

(c)Anjurkan tidur miring ke kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

(d) Gunakan sepatu tumit rendah

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

(e)Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal

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

9) Masalah 9 :Varices

Tujuan :Tidak terjadi varices atau tidak bertambah parah.

Kriteriaa : Tidak terdapat Varices

Intervensi menurut Varney, Kriebs dan Gegor (2007:540)

(a)Kenakan kaos kaki penyokong

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

(b) Hindari mengenakan pakaian berat

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

(c) Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkak saat duduk

R/ Meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan risiko terjadinya varices

(d) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur .

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

(e) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaan korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul

10) Masalah 10 : Panas dan nyeri 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 Sulistyawati (2009:105)

(a) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi *sphincter esophagus* bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang *sphincter*, kemampuan gerak serta tonus gastri intestinal

menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

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

(b) Anjurkan ibu makan porsi sedikit tapi sering

R/ Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang dan pedas.

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

(d) Hindari rokok, kopi, alkohol dan coklat

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

(e) Hindari berbaring setelah makan

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

(f) Hindari minum selain air putih

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

(g) Tidur dengan kaki ditekankan

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

(h) Beikan antasida

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

11) Masalah 11 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang

Kriteria : 1. Ibu tampak tenang dan rileks

2. Ibu tampak tersenyu,

3. Suami dan keluarga member dukungan

Intervensi menurut Mochtar (2007:97-98)

(a) Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

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

(b) Anjurkan ibu mandi air hangat

R/ Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

(c) Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksasi progresif

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

12) Masalah 12 : Insomnia

Tujuan : Ibu dapat tidur dan beristirahat dengan baik

Kriteria : 1. Ibu tampak tenang dan rileks

2. Ibu tampak tersenyum

3. Suami dan keluarga member semangat

Intervensi menurut Saifuddin (2008:144)

(a) Tinjau ulang kebutuhan ibu perubahan tidur normal berkenaan dengan kehamilan. Tinjau pola tidur saat ini.

R/ Membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda.

(b) Evaluasi tingkat kelelahan

R/ Peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan pertumbuhan berat janin, semua memperberat perasaan lelah, khususnya multipara.

(c) Kaji terhadap insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, serta teknik relaksasi, membanca, mandi air hangat dan penurunan aktivitas sebelum tidur.

R/ Aktivitas yang berlebihan, kegembiraan, ketidaknyamanan fisik dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur.

(d) Perhatikan kesulitan bernapas karena posisi, anjurkan pada posisi *semi flower*.

R/ Pada posisi *recumbent*, pembesaran uterus, serta organ *abdomen* menekan *diafragma*, sehingga membantu *ekspansi* paru. Penggunaan posisi *semi flower* memungkinkan *diafragma* menurun, membantu mengembangkan *ekspansi* paru lebih optimal.

- (e) Kolaborasi pemeriksaan laboratorium terhadap sel darah merah dan kadar *hemoglobin* (Hb).

R/ Anemia dan penurunan kadar Hb/SDM/*vertigo* mengakibatkan penurunan oksigenasi jaringan serta mempengaruhi perasaan letih yang akan mengganggu pola tidur ibu.

- (f) Rujuk ibu untuk konseling bila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang mempengaruhi aktivitas kehidupan sehari-hari.

R/ Mungkin perlu bagi ibu menghadapi perubahan siklus tidur sampai terjaga, mengidentifikasi prioritas yang tepat dan memodifikasi komitmen.

- (g) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester III.

R/ Membantu ibu memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia karena pembesaran uterus trimester ketiga.

(h) Anjurkan ibu untuk melaksanakan posisi miring saat tidur. Perhatikan keluhan *nokturia*.

R/ Meningkatkan peruse ginjal

(i) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tegak dalam waktu yang lama.

R/ Posisi ini memungkinkan terjadinya sindrom vena kava dan menurunkan aliran vena.

(j) Berikan informasi mengenai perlunya masukan cairan 6-8 gelas /per hari, pengurangan masukan 2-3 jam sebelum beristirahat dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang

R/ Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi adekuat, yang mengurangi natrium diet, untuk mempertahankan status isotonik

(k) Berikan informasi mengenai penghilangan natrium dari diet.

R/ Kehilangan atau pembatasan natrium dapat sangat menekan regulator rennin-angiotensin-aldosteron dari kadar cairan, mengakibatkan dehidrasi atau *hipovolemia* berat.

(l) Tes urine *mindstream* untuk memeriksa albumin

R/ Dapat mengidentifikasi *spasme glomerulus* atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan.

#### E. Implementasi

Pada langkah keenam ini adalah rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Yang bidan dilaksanakan oleh semua bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Pelaksanaan di kerjakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat (Dewi dkk, 2012:67).

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiriual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarganya (Inform Consent).
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
4. Melibatkan klien/pasien.

5. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
6. Mengikuti perkembangan kondisi pasien secara berkesinambungan.
7. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
8. Melakukan tindakan sesuai standar.
9. Mencatat semua hasil tindakan yang telah dilakukan.

#### **F. Evaluasi**

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2008:87).

#### **G. Dokumentasi**

Metode pendokumentasian untuk data perkembangan dalam asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan ringan menggunakan SOAP yaitu:

**S** : Subyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis.

**O** : Obyektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan.

**A** : Asesment atau analisa

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam satu identifikasi:

- a) Diagnosa atau masalah.
- b) Antisipasi diagnose atau masalah potensial
- c) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter konsultasi atau kolaborasi .

P : Plan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan (P) dan evaluasi (E) berdasarkan analisa (Saiffudin,2009:90).

### **2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan**

#### **A. Data Subyektif**

##### **1. Biodata**

###### **a) Nama**

Selain sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi akrab (Sulistyawati,2019:220)

###### **b) Usia**

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney,2007:546).

###### **c) Agama**

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati,2009:178).

d) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Sulistyawati,2009:123).

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu, gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati,2009:124).

f) Suku/Bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistyawati, 2011:220)

g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan (Walyani,2015:46).

## 2. Keluhan Utama

Keluhan utama ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Pada kasus persalinan, informasi yang harus didapat dari pasien adalah kapan mulai merasa ada kencang-kencang di perut, bagaimana intensitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraanya (Sulistyawati, 2009:221). Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti:

- b) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan
- c) Mengeluarkan lendir dan darah
- d) Mengeluarkan cairan (air ketuban)

(Sulistyawati, 2009:133)

### 3. Riwayat Obstetri

#### a) Riwayat Menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji adalah umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, dan adanya dismenorea. Selain itu kaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir merupakan data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut taksiran ibu) dan taksiran persalinan (Walyani, 2015:47).

Riwayat menstruasi menurut (Marmi,2014:140): Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun. Siklus haid yang klasik adalah 28 hari  $\pm$  2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari. Hari pertama haid terakhir HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid  $\pm$  28 hari, rumus yang di pakai adalah +7, bulan -3, tahun +1.

b) Riwayat Riwayat Kehamilan Sekarang

HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir) :Untuk mengetahui umur kehamilan yang sebenarnya dan sekaligus taksiran persalinan yang di hitung dengan rumus neagle yaitu TTP (Taksiran Tanggal Persalinan) = HPHT +7 bulan haid -3 dan tahun +1 (Manuaba,2010:58).Dikaji tentang jumlah kunjungan. Jumlah kunjungan minimal empat kali (4x) yaitu satu kali pada trimester I, satu kali pada trimester II, dan dua kali pada trimester III. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatan yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengann terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampakkan gejala pada usia kehamilan tertentu

misalnya perdarahan *antepartum* yang disebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo,2010:284).

Di kaji tentang imunisasi TT karena ibu hamil yang mendapatkan imunisasi TT dalam tubuhnya akan membentuk antibody tetanus. Jadwal imunisasi TT I ke TT II adalah 4 minggu dan akan memberikan perlindungan selama 3 tahun (Saifuddin,2008:91).

c) Riwayat Kehamilan yang Lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Saifuddin ,2009:252).

Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidak seimbangan hormone, atau inkmpetensi serviks (Saiffudin,2009:252).

d) Riwayat Persalinan

Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravid selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran elalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya (Verney et al,2008:692).

Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastikan keadegan panggul wanita untuk ukur bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika di banding dengan perkiraan berat janin (Varney et al,2008:692).

Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini (Verney et al,2008:780). Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam (Varney et al,2008:780).

e) Riwayat Nifas

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 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 di sebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba,2010:170).

f) Riwayat Kelahiran Bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, karena jalanya persalinan yang lampau adalah hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjosastro, 2010:134).

g) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang di gunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan di gunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Walyani, 2015:126)

4. Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

Penting untuk melakukan penapisan pada ibu secepatnya terhadap kemungkinan komplikasi antepartum yang dapat mempengaruhi periode intrapartum (misal preeklamsi, anemia) atau muncul menyerupai tanda-tanda persalinan. (Verney, 2007:692). Berikut ini adalah kondisi medis dari beberapa kategori ini:

a) Diabetes mellitus gestasional

Komplikasi yang mungkin terjadi pada kehamilan dengan diabetes sangat bervariasi. Pada ibu akan meningkatkan resiko terjadinya preeklamsia, seksiosesarea, dan terjadinya diabetes

mellitus tipe II di kemudian hari, sedangkan pada janin meningkatkan resiko terjadinya makrosomia, trauma persalinan, hipobilirubinemia, hipoglikemia, hipokalsemia, hiperbilirubemia bayi baru lahir, sindroma distress respirasi (RDS), serta meningkatkan mortalitas atau kematian janin (Saifuddin, 2009:851).

b) 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, 2010:240).

c) Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis)/partus prematurus, cacat bawaan, dan kretinismus pada janin lebih besar (Sarwono, 2009:526).

d) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di NICU (Saifuddin, 2009:847-850).

e) Epilepsi

Pada umumnya epilepsi tidak di pengaruhi oleh kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsi mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, bayi berat badan rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010:46)

f) Gagal ginjal akut

Gagal ginjal akut merupakan komplikasi yang sangat gawat dalam kehamilan dan nifas karena dapat menimbulkan kematian atau kerusakan fungsi ginjal yang tidak bisa sembuh lagi. Penderita dapat meninggal dalam waktu 14 hari setelah timbulnya anuria. Kerusakan jaringan dapat terjadi di beberapa tempat yang tersebar atau kese;uruhan jaringan ginjal (Saifuddin, 2009:840).

g) HIV

Transmisi HIV dari keada janin dapat terjadi melalui intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Kelainan yang dapat terjadi adalah berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, partus preterm dan abortus spontan (Sarwono, 2009:933).

h) Sifilis

Merupakan penyakit sistemik yang disebabkan oleh treponema pallidum. Transmisi treponema dari ibu ke janin umumnya erjadi setelah plasenta terbentuk utuh, kira-kira sekitar umur 16

minggu, kemungkinan untuk timbulnya sifilis congenital lebih memungkinkan (Sarwono, 2009:929).

#### 5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetic yang dapat memengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetic. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang rsa atau etnik yang di perlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organic yang memiliki komponen *herediter* (Marmi, 2014:160). Kejadian kehamilan ganda di pengaruhi salah satunya oleh faktor genetic atau keturunan (Saifuddin,2009:311).

#### 6. Data Fungsional Kesehatan

##### a) Nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang di konsumsi klien, apakah sudah mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi,laukpauk,sayur,buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin di kandungnyanya. Selain makanan,berapa kali minum dalam sehari juga perlu unuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Marmi,2014:127).

Ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspirasi isi lambung (Varney et al,2009).

b) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan di keluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2014:126).

c) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama

pada kala I-IV (Marmi, 2011:128). Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini member gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilanya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati,2009:224).

d) Istirahat dan Tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atauu tidur meskipun bukan tidur betulan hnaya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh,2009:106). Data yang perlu di tanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama

e) Personal Hygien

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa prtanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien.

- 1) Kapan terakhir mandi, karmas dan gosok gigi.
- 2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam.

(Sulistyawati,2010:23).

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat (*birthing pool*) dapat menjadi pereda nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Varney et al, 2009:442).

f) Pola Seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetric yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi,2014:128).

g) Ketergantungan

1) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011:156).

2) Alkohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol jann dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alcohol dan mengingatkan wanita efek potensial alcohol jangka panjang pada bayi yang di kandungnya (Marmi, 2014:156).

### 3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi jnin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi metal atau bahkan kematian (Marmi, 2011:156).

### 7. Data Psikososial dan Spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengeahuan tentang keyakinan dan norma budaya karena keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, danpantangan (Sulistyowati, 2009:124).

## **B. Data Obyektif**

## 1. Pemeriksaan Umum

### a) Keadaan Umum

Menurut sulistyawati (2009:226), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut.

#### 1) Baik

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

#### 2) Lemah

Pasien ini di masukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

### b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran normal/sepenuhnya), samnolens kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidur namun masih dapat pulih apabila dirangsang), apatis (pasien tampak segan/acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), spoor comatis (keadaan seperti teridur lelap tetapi ada respon terhadap nyeri), coma (pasien tidak dalam keadaan

sadar, tidak ada respon dan tidak bisa di bangunkan)  
(Sulistyawati,2011:175).

c) Tanda-Tanda Vital

1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi di sertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:686). Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi,2014:129).

2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titi puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidk terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, kriebs dan Gegor, 2007:687). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, noralnya 80-90 x/menit (Marmi,2011:129).

3) Suhu

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titi puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:687). Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit (Marmi, 2014:129).

#### 4) Respirasi Rate

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney et al, 2007:687).

Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan (Fraser et al, 2009:453).

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

#### d) Pemeriksaan Antropometri

##### 1) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi faktor gangguan genetic. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas

normal tinggi badan ibu hamil adalah  $\geq 145$ cm (Marmi, 2011:163).

## 2) Berat Badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah, volume darah, dan cairan ekstraselular. Di perkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke 2 dan ke 3 pada perempuan dengan gizi baik di anjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih di anjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2011:180). Kenaikkan berat badan  $>0,57$  kg/minggumerupakan faktor reiko timbulnya preeklamsia (Saifuddin,2010:532). Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks masa tubuh

Tabel 2.21  
Indek Masa Tubuh

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

Sumber : ( Sarwono,2009:78)

## 3) LILA

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinnya adalah

Kurang Energi Kronik (KEK) (Janah,2012). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kalitas maknannya (Walyani,2014:89).

## 2. Pemeriksaan Fisik

### a) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia (Verney et 1,2007). Edema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan tubuh, dan biasanya dapat di ketahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki,jari tangan, dan muka (Wiknjosastro,2008:69).

### b) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli,2011:142).

### c) Mulut dan Gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries atau tidak (Baety,2012). Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjogong, trauma jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (verney et al,2008:89).

d) Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskulisasi (Saifuddin,2010). Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat mengakibatkan keguguran, persalinan prematuritas, dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340).

e) Payudara

Menjelang proses persalinan, perlu di lakukannya pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering/berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan puting yang rata atau inverse pada wanita yang merencanakan utuk menyusui (Verney et al,2007:1051).

f) Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih (Sulistiyawati, 2010:227-228). Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

- 1) Menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi).
- 2) Memantau kontraksi uterus, Pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit. Kontraksi harus di evaluasi tidak hanya frekuensi, durasi dan intensitasnya tetapi juga hubungan ketiga faktor tersebut (verney et al, 2007:720).
- 3) Memantau denyut jantung janin, Denyut jantung janin (DJJ) yang normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit (Saifuddin, 2010:415).
- 4) Menentukan presentasi (apakah kepala atau bokong).
- 5) Menentukan penurunan bagian terbawa janin, Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat dikukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaanan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

(a) 5/5 bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas simfisis pubis.

(b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

(c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah masuk ke rongga panggul.

(d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan).

(e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk ke dalam rongga panggul.

(f) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (pelatihan APN Buku Acuan, 2008).

g) Genitalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervaginam yang berupa *bloody slym*, ekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012:184).

Vulva dan vagina bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjara skene dan jellenjar bartolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condiloma acuminata atau tidak, kemerahan atau tidak.

Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011:131).

h) Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemeroid atau tidak (Ari sulistyawati,2010:78).kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney et al, 2007:753).

i) Ekstremitas

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hupavitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi,2012:163).

Edema ekstermitas merupakan tanda klasik preeklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia atau jari. Edema pada kaki biasanya merupakan edema dependen yang di sebabkan karena adanya penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney et al,2007).

3. Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk meneteukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi danmenentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser et al, 2009).

## b) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mochtar (2011:41) usia kehamilan berdasarkan cm sesuai usia kehamilan dalam minggu adalah seperti pada di tabel berikut:

Tabel 2.22  
Usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (cm)
22-28	24-25 cm di atas simfisis
28	26,7cm diatas simfisis
30	29,5-30cm diatas simfisis
32	29,5-30 cm diatas simfisis
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis

Sumber:( Rustam, 2011:57)

Cara menghitung TFU: Menurut kustmardji (2008:93), pengukuran TFU dilakukan dengan rumus MC.Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antar tepi atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur. Rumus Mc.Donald dapat di katakana jarak di bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurangi 11 atau 12 hasilnya di kalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika

kepala di atas atau pada spina ischiadika maka di kurang 12, jika kepala di bawah spina ischiadika maka di kurang 11.

c) Cara Menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Menurut Janah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram perlu di ketahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

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

n : posisi kepala masih diatas spina ischiadika atau bawah. Bila di atas (12) dan di bawah (-11).

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat di lihat tabel berikut :

Tabel 2.23  
Tafsiran Berat Janin

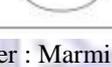
Usia Kehamilan (Bulan)	Berat Badan (Gram)
7	1000
8	1800
9	2500
10	3000

Sumber : (Manuaba,2012:110)

d) Penurunan Bagian Terbawah Janin

Berikut ini adalah metode lima jari (perlimaan) menurut (Marmi,2011:149) dapat dilihat di tabel sebagai berikut:

Tabel 2.24  
Penurunan bagian terbawah janin

Perlindungan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-III	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	III +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Sumber : Marmi, 2011:79

#### e) Auskultasi

Untuk menguji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali permenit dapat menunjukkan tanda-tanda gawat janin dan perlu dilakukan evaluasi segera. Cara menghiung bunyi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumlah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik ke lima ke dalam satu menit adalah:

- 1) (11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal.
- 2) (10-14-9) kesipulanya tidak teratur, frekuensi 132x/menit, janin dalam keadaan asfiksia.
- 3) (8-7-8) kesimpulan teratur, frekuensi 92x/menit, janin dalam keadaan asfiksia (Jannah, 2009:76).

#### f) HIS

Pada kala II his semakin kuat dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik (Manuaba, 2010). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan sebagai berikut:

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai pada saat terjadinya kontraksi uterus mulai kuat, dan teratur (frekuensi dan kekuatannya) dan pembukaan serviks mencapai pembukaan lengkap (10cm) (Marmi,2011:65). Kala I persalinan terdiri dari 2 fase yaitu fase aktif dan fase laten (Wiknjosastro,2008:187).

2) Kala II

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Wiknjosastro,2008:189).

3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastri,2011:190).

4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Marmi,2011:211).

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

#### a) Pemeriksaan Dalam

Dilakukan untuk menentukan apakah pembukaan serviks progresif telah terjadi dalam mendiagnosis persalinan. Serta untuk menentukan tahap dan fase persalinan wanita, jika ia dalam persalinan (Varney et al, 2007). Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- 2) Apabila kita mengharapkan pembukaa n lengkap
- 3) Untuk menyelesaikan persalinan

Menurut pelatihan klinis APN 2008 yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

- 1) Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka parut di bagian perineum.
- 2) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah serta perdarahan pervaginam atau mekonium:

(a) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam

(b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Lihat warnanya mekonieum kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(c) Jika mekonium encer dan DJJ normal, lanjutkan pemantauan DJJ dengan seksama menurut petunjuk paragraf

(d) Jika mekonium kental nilai DJJ dan merujuk

(e) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan amniotomi.

(g) Adanya luka perut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya. Hal ini merupakan informasi penting untuk menentukan tindakan saat kelahiran bayi.

3) Menilai pembukaan dan penipisan serviks.

4) Memastikan tali pusat dan/ bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan pemeriksaan dalam.

5) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.

Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

Menurut Sulistyawati (2010:96), bidang-bidang Hodge digunakan untuk menentukan sampai dimana bagian-bagian

terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan.

Bidang Hodge tersebut antara lain

- (a) Hodge I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promotrium
- (b) Hodge II : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi bawah simfisis
- (c) Hodge III : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi spina ischiadika
- (d) Hodge IV : Bidang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis

Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

#### b) Pemeriksaan Panggul

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaannya dilakukan dengan cara *Vaginal Toucher* (VT), caranya pemeriksa (dokter atau bidan) memasukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak

minimal antara tulang kemaluan dan promotorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010:13).

c) Pemeriksaan Hemoglobin (Hb)

Pemeriksaan Hb dapat dilakukan menggunakan sahli. Hasil dari pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

Hb 11 g%	:Tidak anemia
Hb 9-10 g%	:Anemia ringan
Hb 7-8 g%	:Anemia sedang
Hb < 7 g%	:Anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010:239)

d) Pemeriksaan Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negatif berisiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi anti-gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Varney et al, 2009:255).

e) Pemeriksaan Urine

Menurut Fraser dan Cooper (2009:255) urinalisasi dilakukan setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya *abnormalitas*.

Hal lain yang dapat ditemukan pada urinalisasi rutin antara lain:

1) Keton akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, hiperemesis, kelaparan, atau latihan fisik yang berlebihan.

2) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit.

Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

f) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memaki prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45)

g) Pemeriksaan Non Stres Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ da aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiograf*, atau *fetal activity acceleration determination (FAD:FAAD)*. Penilaian dilakukan terhadap

frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi,2014:76).

### C. Diagnosa Kebidanan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Norma 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan. bidan menganalisa daya yang dieperoleh dari hasil pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. dengan kriteria:

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa : G $\geq$ 1P0/ $\geq$  UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs nujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU bud an janin baik,

Inpartu:

- a) Kala I dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney, 2007:718-719)
- b) Kala II dengan kemungkinan masalah:
  - 1) Keletihan (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:537)
  - 2) Infeksi (Saifuddin,2010:337)
  - 3) Kram tungkai (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:722)

Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/8/2007) tentang standar asuhan kebidanan

- a) P<sub>≥1</sub> Kala III Persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta (Sulistyawati, 2011:83)
- b) P<sub>≥1</sub> Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut Wiknjastro (2008:114)
  - 1) Atonia Uteri
  - 2) Robekan vagina, perineum, serviks
  - 3) Subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

#### **D. Perencanaan**

Diagnosa : G<sub>≥1</sub>P0/> UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat.

Kriteria :

- a) KU baik, kesadaran *composemtis*.
- b) TTV dalam batas normal
  - a. Tekanan Darah : 100/60-130/90 mmHg

- b. Nadi :80-100 x/menit
- c. Suhu :36,5-37,5 °C
- d. Respirasi Rate :16-24 x/Menit
- c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
- d) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan mulai gravid <7 jam.
- e) Kala II primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
- f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
- g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan Multigravida < 15 menit.
- h) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- i) Perdarahan <500 cc

Intervensi:

1. Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarganya. Anjurkan agar ibu selalu di damping oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran banyinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

R/ibu yakin dan tabah dalam menjalani proses persalinan nanti.

2. Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum. Asupan air yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energy dalam mengejan.

R/persiapan energi ibu untuk persalinan.

3. Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring ke kiri.

Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring terlentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya menekan vena cava inferior ibu. Ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi utero plasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif. Ibu dianjurkan untuk berbaring miring ke kiri untuk mempercepat penurunan kepala janin.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

4. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan jika ketuban belum pecah dan pembukaan belum lengkap.

a) Bila his jarang, bagian terdalam belum masuk pintu atas panggul dan ketuban  $\otimes$  maka pasien diperbolehkan jalan agar his bertambah kuat dan sering.

b) Bila his jarang, kepala belum masuk pintu atas panggul dan ketuban  $\ominus$  ibu tidak boleh jalan, dianjurkan tidur miring kiri untuk menghindari kelainan letak.

- c) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban O pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalinaan akan terjadi terlalu cepat.
- d) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban ⊕ atau O, penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalianna yang terlalu cepat.

R/mempercepat penurunan kepala janin.

#### 5. Observasi TTV dan HBPK

- a) DJJ setiap ½ jam.
- b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam.
- c) Nadi setiap ½ jam.
- d) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II jika terdapat indikasi
- e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- f) Tekanan darah dan temperature tubuh setiap 4 jam.
- g) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam

R/ Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

#### 6. Anjurkan ibu untuk menggosok kandung kencing tiap 2 jam.

Dalam proses persaliann harus berkemih tiap 2 jam/ lebih, kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan kepala, selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat

penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta, dan perdarahan pasca persalinan.

R/Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

7. Tunggu pembukaan lengkap, jika telah memasuki kala II segera pimpin persalihan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinaan normal (Wiknjastro,2008:84)

1.Mengenali tanda dan gejala kala II

Rasional : dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat. Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II:

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

2. Menyiapkan pertolongan persalinan

Rasional : persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

Pastikan peralatan persalinan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong dan menatalaksanakan 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.

3. Pakai celemek plastik

celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit (Wiknjosastro, 2008: 80)

R/mencegah tertularnya penyakit

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/ menghindari atau mencegah infeksi yang dapat tertular dari tangan

5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

Rasional : penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan atau pathogen yang menular melalui darah

(Varney dkk, 2008; 117)

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

R/ menghindari terjadinya kontaminasi

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekakanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa steril air DTT.

d) Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang.

e) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

f) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% )

8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.

Rasional : pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture portio dan keadaan janin yang baik agar tertolong dengan prosedur persalinan normal).

c) Lakukan pemeriksaan dalam pastikan pembukaan sudah lengkap.

d) Bila selaput ketuban pecah, lakukan amniotomi.

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan dengan cara mencelupkan tangan yang memakai sarung tangan ke dalam 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.

R/ menghindari atau mencegah infeksi

10. Periksa DJJ setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa djj dalam batas normal (120-160)x/ menit

d) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

e) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan DJJ dan semua hasil-hasil penilain.

f) menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

Rasional : 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 keinginanya.

Rasional : jika ibu terbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (Janin, cairan ketuban, plasenta) meneran cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga kan akan mengganggu kemajuan persalian dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif

(Winkjosastro,2008:197).

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 merasa nyaman).

R/ Membantu proses penurunan kepala

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
- f) Beri cukup keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- g) Beri cukup asupan cairan per oral (minum)
- h) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- i) 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/ Mempercepat penurunan kepala janin

15. Persiapkan pertolongan kelahiran bayi

Rasional : mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

16. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva diameter 5-6 cm.

R/ Mengeringkan bayi saat bayi lahir

17. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

R/ Menyerap darah yang keluar saat persalinan berlangsung.

18. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.

R/ memastikan bahwa tidak ada alat yang kurang

19. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/ menghindari atau mencegah infeksi

20. Persiapkan pertolongan kelahiran.

Rasional : menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum. Kelahiran kepala

21. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering . tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan

membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

Rasional : melindungi perineum dan mngendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum

Wiknjosastro, 2008 : 89)

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

Rasional : perasat ini digunakan untuk mngetahui apakah tali pusat ada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut (Varney dkk, 2008; 1146)

- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- b) Jika tali pusat melilit leher secara ketat, klem tali pusat didua tempat dan potong dua klem tersebut.

23. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal.

R/ membantu melahirkan kepala bayi

24. Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi dengan

lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ melahirkan bahu depan dan bahu belakang

Lahirnya badan dan tungkai.

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

R/ melahirkan tubuh dan lengan bayi

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

Penangan bayi baru lahir.

Rasional : penangan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

27. Lakukan penilaian bayi baru lahir dengan dua pertanyaan, yaitu:

a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernapas tanpa kesulitan?

b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

- c) Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

28. 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/ menghindari bayi agar tidak hipotermi

29. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

R/ mengetahui apakah ada bayi kedua

30. Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

R/ membantu agar uterus berkontraksi dengan baik

31. Dalam waktu 1 menit setelah bayi baru lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral 9lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

R/membantu uterus agar berkontraksi dengan baik

32. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong n pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

R/membantu proses pemotongan tali pusat

33. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

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

c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

34. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

R/ meningkatkan ikatan bayi dengan ibu

35. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

R/ bayi tidak hipotermi

b) Kala III

Penatalaksanaan aktif persalinan kala III (Winkjosastro, 2008: 100-106) penanganan tali pusat bayi.

Rasional : untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

36. Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

R/ mempermudah dalam melakukan PTT

37. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain meregangkan tali pusat

R/ membantu merangsang kontraksi uterus

38. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat 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.

Rasional : massage uterus merangsang kontraksi uterus.

39. 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, pindajkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

b) Jika plasenta tidak terlepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :

- 1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
- 2) Lakukan katektisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
- 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- 4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- 5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

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

41. Rangsangan taktil (massage uterus)

Rasional : massage uterus merangsang kontraksi

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

R/ membantu kontraksi uterus

43. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus

R/ memastikan selaput ketuban tidak ada yang tertinggal di dalam

44. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Rasional : pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

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

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

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

46. Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K<sub>1</sub> 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

R/ menghindari terjadinya perdarahan pada bayi

47. Setelah 1 jam pemberian vitamin k<sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

a) Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu- waktu bisa disusukan.

b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui

48. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah 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 sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.

49. Ajarkan ibu dan keluarga cara massage 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.

R/mengetahui jumlah darah yang keluar

51. Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit kedua post partum.

a) Memeriksa temperature suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.

b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal

R/ Mendeteksi tanda bahaya pada ibu

52. Periksa kembali bayi memastikan bayi bernapas dengan baik (40-60X/menit) serta suhu tubuh normal ( $36,5^{\circ}\text{C}$ -  $37,5^{\circ}\text{C}$ ).

R/ memastikan bayi dalam keadaan normal

53. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

R/ menghindari atau mencegah infeksi

54. Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai

R/ agar tidak terkontaminasi

55. Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.

R/agar ibu terhindar dari infeksi dan ibu merasa nyaman

56. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI.  
Anjurkan keluarga memberikan makanan dan minuman yang diinginkan ibu.

R/ Kebutuhan nutrisi ibu tercukupi

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

R/ agar terhindar dari infeksi

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

R/ Terhindar dari infeksi

59. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir

R/ terhindar dari infeksi

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

R/ partograf terisi lengkap

Masalah:

a) Kala I :

a) Cemas menghadapi proses persalinaan

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persaliann

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro ( 2008:248 )

1) Jelaskan fisiologi persalinaan pada ibu.

R/Proses persalinana 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 diberlakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

b) Nyeri punggung

Tujuan : Ibu merasa terhadap persaliannya.

Kriteria :

- 1) Nyeri punggung berkurang
- 2) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro ( 2008 : 247 )

1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinaan.

2) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

3) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung meningkatkan relaksi.

4) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipis.

R/ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluarkan kepanasan dan berkeringat.

5) Pemberian kompres panas

R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksi jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

c) Kala I lama

Tujuan : kala I lama tidak terjadi

Kriteria :

5) Pembukaan serviks lebih dari 4 cm setelah 8 jam

6) Kontraksi teratur (lebih dari 3 dalam 10 menit lamanya 40 detik )

Intervensi menurut Winjokjosastro (2008;112):

a. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

R/ dengan menjelaskan hasil pemeriksaan agar ibu dan keluarga tahu tentang kondisinya saat ini.

b. Persiapan perlengkapan alat dan obat-obatan yang dibutuhkan

R/ Dengan melakukan persiapan terlebih dahulu mempermudah apabila terjadi masalah saat persalihan.

- c. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin pada lembar partograf

R/ agar mengetahui kondisi pasien dan mendeteksi kemungkinan terjadinya komplikasi.

- d. Anjurkan ibu untuk melakukan posisi miring kiri

R/ agar suplai oksigen lebih mudah dan mempercepat proses penurunan kepala.

- e. Mengajukan ibu untuk mengkosongkan kandung kemih

R/ dengan mengkosongkan kandung kemih, tidak akan mengganggu penurunan janin.

b) Kala II

- a) Kekurangan cairan ( Wiknjastro, 2008:116)

Tujuan : tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

- 1) Nadi 76-100x/menit ,
- 2) Urin jernih, produksi urine 300cc/jam.

Intervensi menurut Wiknjastro (2008: 117):

- 1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

2) Jika dalam satu jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G dan berikan RL atau infus NS 125cc/jam.

R/ Pemberian cairan intravena akan cepat di serap oleh tubuh.

3) Segera rujuk kefasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

b) Infeksi (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda tanda vital

- 1) Nadi dalam batas normal (76-10x/menit)
- 2) Suhu 36-37,5<sup>0</sup>C
- 3) KU baik
- 4) Cairan ketuban/ cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:116)

1) Baringkan miring ke kiri

R/ tidur miring memepercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

2) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125cc/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 akan berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawat daruratan ibu dan janin.

c) Kram tungkai (Varney, 2007)

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : sirkulasi darah lancar

Intervensi :

1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah

2) Atur posisi dorsofleksi

R/ Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaran nyeri.

3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ Tungkai wanita tidak boleh di pijit karena risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

d) 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 :

1) Observasi tanda-tanda vital bayi

R/ tanda- tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

2) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada di dalam ruang yang relatif hangat.

3) Bounding attachment dan lakukan IMD.

R/ bounding attachment dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu dapat merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dan 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.

e) Kala II lama

Tujuan : kala II lama tidak terjadi

Kriteria :

- 1) Posisi janin normal/ presentasi kepala
- 2) Pada primigravida berlangsung 1,5 jam dan multigravida berlangsung 30 menit
- 3) Kontraksi teratur ( lebih dari 3 dalam 10 menit lama 40 detik)

Intervensi menurut Winkjosastro (2008)

1) Hitung TBJ

R/ untuk memperkirakan proses persalinan

2) Mengajarkan ibu cara-cara mengejan yang benar bila ada his

R/ dapat membantu penurunan kepala

3) Kontrol DJJ antara 2 his penurunan kepala dan keadaan umum ibu

R/ mengetahui fetal distress dan mengetahui kemajuan persalinaan

4) Pimpin ibu untuk mengejan saat puncak his

R/ dengan kekurangan mengejan yang benar akan mendapat hasil optimal/ bayi segera lahir.

c) Kala III

a) Retensio plasenta (Winkjosastro, 2008:114)

Tujuan : plasenta dapat dikeluarkan dengan lengkap

Kriteria: tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008)

- 1) Plasenta di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besaar (ukuran 16/18)n dan berikn RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.
  - 2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.
  - 3) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.
  - 4) Dampingi ibu ke tempat rujukan
  - 5) Tawarkan bantuan walaau ibu telah di rujuk dan memdapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.
- b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Kriteria : tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119)

- 1) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, inta ibu meneran pada setiap kontraksi

- 2) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam dengan hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
  - 3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta
  - 4) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta
- d) Kala IV
- a) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008)  
Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi  
Kriteria :
    - 1) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar
    - 2) Perdarahan < 500 ccIntervensi menurut Wiknjosastro (2008):
    - 1) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang
    - 2) 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 500cc larutan RL yang mengandung 20 unit oksitosin

- 3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- 4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan tranfusi darah
- 5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan.

b) Robekan vagina, perineum tau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atu serviks dapat teratasi

Kriteria :

- 1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baikm
- 2) Perdarahan < 500cc

Intervensi:

- 1) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul
- 2) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.

3) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

(a)Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS

(b)Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(c)Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darutrat obstetri.

(d) Dampingi ibu ketempat rujukan

### **E. Implementasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/SK/2007 tentang Standar Asuhan kebidanan, 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,

### **F. Evaluasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi segera secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi lain
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien

### **G. Dokumentasi**

Kemenkes RI Nomor 939/Menkes/SK/VIII/2007 pencacatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut :

S : Adalah data subyektif, mencatat hasil pemeriksaan

O : Adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan

P : Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, dan rujukan. Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku untuk semua asuhan.

### **2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas**

#### **A. Pengkajian Data**

##### **1. Data Subyektif**

###### **a) Biodata**

###### **1) Nama**

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan (Saleha, 2009:131).

## 2) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246).

## 3) Agama

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

## 4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:89).

## 5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny,2010:67).

## 6) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba,2010:90).

### 7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba,2010:92).

### 8) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistyawati,2009:135).

#### b) Keluhan Utama

Menurut Varney et al (2007:67), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

##### 1) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

##### 2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan

kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

### 3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

### 4) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

### 5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

### 6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

c) Riwayat Obstetri

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010:203). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2009:129).

2) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sam kesembilan warna kecokelatan. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI

sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201).

### 3) Riwayat Nifas

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Suherni dkk, 2009:86).

### 4) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009:129). Pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba,2012:731).

## d) Riwayat Kesehatan dan Penyakit Klien

### 1) Anemia

Pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba,2010:123).

#### 2) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba,2010:124).

#### 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) (Manuaba,2010:124).

#### 4) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> (Manuaba,2010:125).

#### 5) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut Manuaba (2012:67):

- 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. Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung.

e) Pola Kesehatan Fungsional

1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009:126).

Tabel 2.25  
Contoh menu makan ibu nifas

Kebutuhan makan ibu menyusui dalam sehari			
Bahan makanan	Ibu menyusui bayi/ anak		
	Bayi umur 0-6 bulan	Bayi umur 7-12 bulan	Bayi umur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4 ½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Manuaba, 2010:67)

## 2) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney et al, 2007). Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2010:202).

## 3) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014). Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang karena tidak akan memengaruhi involusi.

Pakaian dalam sebaiknya dari bahan yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba,2010:89).

#### 4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin,2009:127).

#### 5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127).

#### 6) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009:128).

## 7) Kebiasaan Yang Merugikan

Menurut Saifuddin (2014:129), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

1. Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
2. Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).
3. Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
4. Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
5. Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

### f) Riwayat Psikososial dan Budaya

Menurut Anggraini (2010:89), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya

untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009:98) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

a. Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- (a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- (b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- (c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

b. Fase *taking hold*

- (a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- (b) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya.

(c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

c. Fase *letting go*

- (a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

- (b)ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.
- (c)Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.
- (d)Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

## 2. Data Obyektif

### 3) Pemeriksaan umum

#### 1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma (Mochtar,2015:138).

#### 2) Tanda-tanda vital

##### (a)Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney et al, 2007).

##### (b)Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal

dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney et al, 2007:961)

(c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai ke-10 postpartum dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2010:278).

(d) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney et al, 2007:961).

4) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

kepala untuk mengetahui bentuk kepala apakah terdapat benjolan yang abnormal atau tidak, dan melihat kebersihan rambut apakah terdapat ketombe atau terdapat rambut yang rontok (Saifuddin, 2010:382)

2) Muka

Bentuk simetris, tidak ada benjolan abnormal di area wajah, tidak terdapat odema, normalnya muka tidak pucat (Marmi, 2014:67)

### 3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeclampsia (Saifuddin, 2009:384).

### 4) Hidung

Bentuk hidung simetris atau tidak, dalam keadaan normal hidung dalam keadaan bersih tidak terdapat polip (Saifuddin, 2010:385)

### 5) Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011). Untuk mengetahui ada caries gigi atau tidak, lidah bersih atau kotor, ada stomatitis atau tidak (Saifuddin, 2010:89).

### 6) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Saifuddin, 2010:384).

## 7) Dada

### a) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: putting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2009:124).

### b) Paru-paru

Untuk mengetahui kemungkinan penyakit paru, gagal jantung, gagal ginjal, hipoalbuminemia (Manuaba, 2007). Normal bila tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada wheezing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa abnormal (Saifuddin, 2009: 174).

### c) Jantung

Jantung normal tidak berdetak cepat (Varney, 2007).

## 8) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney et al (2007:1064), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

### (a)Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio

urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

(d) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

#### 9) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea (Varney et al, 2007:969). Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125).

#### 10) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010).

#### b) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010).

#### 1) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009) yaitu:

- (a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan. Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

### **B. Diagnosa Kebidanan**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- b) Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa Kebidanan:

P<sub>1</sub>/>APIAH... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009). P<sub>1</sub>/>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah

gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney et al, 2008).

### C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan. Dengan kriteria sebagai berikut:

- a) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
- b) Melibatkan klien dan atau keluarga
- c) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- d) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidencebased* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
- e) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

Diagnosa: P<sub>1</sub>>APIAH, postpartum hari ke ..., laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009:98).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria: Menurut Manuaba (2012:78) adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan Umum: kesadaran composmentis.
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).
- 3) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg      N: 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C                      R: 16-24 x/menit

(Sulistyawati, 2009:123)

- 4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

- (a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- (b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- (c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai sterusnya, berwarna putih. Kandungan

ASI matur relative konstan tidal menggumpal bila dipanaskan.(Sulistiyawati, 2009)

5) Involusi uterus normal

Tabel2.26

Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Marmi dkk, 2012:123

6) Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010:127).

7) KU bayi baik

R: 30-60 x/menit

S: 36,5-37,5°C

Intervensi menurut Suherni (2009):

(a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009: 123).

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009).

(c) Jelaskan pada ibu mengenai senam pasca persalinan (senam nifas).

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012).

(d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012:134).

(e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395).

Masalah

1) Masalah 1 : Gangguan eliminasi( Retensio Urine)

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAK

Intervensi menurut Sulistyawati (2009) antara lain:

1. Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK jika terasa.

h. Anjurkan kepada ibu untuk banyak minum air putih minimal 8 gelas perhari atau 2 liter air putih

R/ air putih berfungsi sebagai memperlancar kinerja sistem urinaria

i. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK jika ada dorongan untuk BAK

R/ menahan BAK dapat memperparah retensi urine

2) Masalah 2 : konstipasi

Tujuan : masalah konstipasi teratasi

Kriteria : ibu bisa BAB dengan lancar

Intervensi:

1. Jelaskan pentingnya BAB setelah pasca persalinan

R/ pasien tidak akan menahan BAB jika ada dorongan untuk BAB

2. Yakinkan kepada pasien jika berjongkong dan mengejan tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan

R/ menghilangkan rasa takut/ cemas kepada pasien untuk melakukan BAB

3. Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi sayuran dan makanan yang banyak mengandung serat

R/ membantu memperlancar BAB

### 3) Masalah 3: Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:134) antara lain:

- (a) Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

- (b) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- (c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

### 4) Masalah 4 : *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suherni (2009:123-124) antara lain:

(a) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

(b) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

(c) Berikan analgesik jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

5) Masalah 5 : pembengkakan payudara

Tujuan : 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 Manuaba (2010:134) antara lain:

(a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

(b) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

(c) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

(d) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

(e) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui. R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang. Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

(f) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

6) Masalah 6 : Sub involusi uterus

Tujuan : Masalah subinvolusi uterus teratasi

Kriteria : kontraksi uterus membaik

Intervensi menurut Sriningsih (2018:492)

- (a) Pemberian antibiotika
- (b) Pemberian uterotonika.dilakukan dengan memberikan injeksi methergin ditambah dengan ergometrin peroral
- (c) Pemberian tranfusi
- (d) Dilakukan kerokan bila disebabkan karena tertinggalnya sisa-sisa plasenta

#### **D. Implementasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Dengan kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan kebidanan harusmendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- 4) Melibatkan klien atau pasien
- 5) Menjaga privasi klien

- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumberdaya, sarana, dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melakukan tindakan sesuai dengan standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang dilakukan

#### **E. Evaluasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektivitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Dengan kriteria :

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi pasien

#### **F. Dokumentasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas

mengenai keadaan 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

S : adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : adalah hasil analisa, mencatat seluruh perencanaan 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 KebidanaBBL/Neonatus**

##### **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, 2010:134).

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, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral truch* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi, 2012:123).

c) Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2007:67).

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 predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti

analgesic, 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 anomaly neonatus (Varney et al, 2007:369).

e) Riwayat post natal

Riwayat baru 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 (Varney et al, 2007: 370).

f) Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012: 379).

Tabel 2.27  
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: Saifuddin, ,2012: 380

## 2) Eliminasi

### (a) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali per hari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

### (b) Buang air besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut mekonium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012: 77).

## 3) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantara waktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2011: 26).

Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

4) A Sumber : (Dewi, 2011: 29)

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007:365).

#### 5) Personal Hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2007: 368). Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu (Walsh, 2012:377).

Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.cuci tangan dengan sabun sebelum merawat talu pusat (Saifuddin, 2009:370)

#### g) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara ibu dan orang tua

(Marmi, 2014: 207)

## 2. Data obyektif

### a) Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$  (Wiknjosastro, 2005: 256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2009: 137).

### b) Tanda- tanda Vital

#### 1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014: 114).

#### 2) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang  $36,5$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  dan suhu kulit abdomen dalam rentang  $36$ - $36,5^{\circ}\text{C}$  (Varney, 2007: 882).

#### 3) Pernapasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi ini normal. Pada pernapasan normal, perut dan

dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan eskpirasi (Saifuddin, 2009: 135). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007: 717)

#### 4) APGAR SCORE

Tabel 2.29  
APGAR Score

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

Sumber:Manuaba,2010:142

#### c) Antopometri

##### 1) Panjang badan

Panjang bayi diukur dari kepala sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh(Walsh, 2008: 368). Menurut Varney (2007: 921) panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas di meja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

## 2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014: 214).

Tabel 2.30

Berat badan normal bayi usia 0-12 bulan

Usia (bulan)	Berat badan (kg)
0	2,7 - 3,0
1	3,4 - 4,0
2	4,0 - 4,7
3	4,5 - 5,4
4	5,0 - 6,0
5	5,5 - 6,5
6	6,0 - 7,0
7	6,5 - 7,5
8	6,8 - 8,2
9	7,3 - 8,5
10	8,0 - 9,5
11	8,2 - 9,7
12	8,2 - 9,7

Sumber: Dewi,2012:112

## 3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang menurut Manuaba (2010)

ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

(a)Diameter suboksipito-bregmatika :9,5-10 cm

(b)Diameter oksipito-frontalis : 11 cm

(c)Diameter mentop oksipitalis : 12 cm

(d)Diameter mentop oksipitalis :13,5-15cm

(e)Diameter sub mento-bregmatika : 9,5-10 cm

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain :

(a)Diameter biparietalis : 9,5-10 cm

(b)Diameter bitemporalis : 8-10 cm

(c)Cirkumferensial fronto-oksipitalis :  $\pm 34$  cm

(d)Cirkumferensial mento-oksipitalis :  $\pm 35$  cm

(e)Cirkumferensial suboksipito bregmatika :  $\pm 32$  cm

(f) Lingkar dada 30-38 cm

(g)Lingkar lengan 11-12 cm

(Prawirohardjo,2009: 12-15).

#### d) Pemeriksaan Fisik

##### 1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksendanum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, terbatas tidak tegas, tidak berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya flukuasi 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, 2014:132).

Tabel 2.31  
Perbedaan antara caput succedenum dan cephal hematoma

Caput succedenum	Cephalematoma
(1) Muncul pada saat lahir	(1) Muncul beberapa jam setelah lahir
(2) Tidak bertambah besar	(2) Lebih besar hari ke-2 atau ke-3
(3) Hilang dalam beberapa hari	(3) Hilang setelah 6 minggu
(4) Batas tidak jelas	(4) Batas tegas
(5) Kadang-kadang melewati sutura	(5) Tidak pernah lewat sutura
(6) Penyebab: bengkak melewati jaringan lunak	(6) Penyebab : perdarahan subperiosteal
(7) Komplikasi: tidak ada	(7) Komplikasi: ikterus, fraktur, perdarahan intrakranial, syok.

Sumber: (Manuaba ,2010:135)

## 2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi diintrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom pierce robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresis dan fasialis (Marmi, 2014: 221).

### 3) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaukoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti pendarahan konjungtiva. Periksa adanya sekret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat mejadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2014: 221-224).

### 4) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernapasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014: 224).

### 5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Varney et al, 2007: 370).

#### 6) Telinga

Telinga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantus luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian ke arah suara yang dikenalnya (Varney et al, 2007: 302).

#### 7) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran thyroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007: 302). Leher bayi biasanya pendek dan diperiksa ke simetrisannya. Pergerakan harus baik. Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014: 224).

#### 8) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, paresis doafragma 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, 2014: 224).

#### 9) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Varney et al, 2007: 335).

#### 10) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2014: 226).

#### 11) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2007: 339).

## 12) Genetalia

### a) 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, 2014: 226).

### b) Laki-laki

Pada bayi laki laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2014: 226).

## 13) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrome megakolom atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 204: 235).

## 14) 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 jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Varney et al, 2007: 371-372).

#### 15) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna kulit yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak berak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*Mongolian Spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2006: 137). Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki Ph berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan

putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua  
(Saiffudin,2009:123).

e) Pemeriksaan Neurologis

1) Refleks melangkah (*stepping*)

Bayi akan menggerak gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2014: 246).

2) Refleks menelan (*Swallowng Reflex*)

Kumpulan ASI didalam mulut bayi mendesak otot-otot didaerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI kedalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008: 134).

3) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketikan pertama (Marmi, 2014: 246).

4) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

5) Reflek mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya.

6) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014: 246).

7) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleks ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

8) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014: 247).

9) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Eksremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini

dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2014: 247).

#### 10) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah.

Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting ( Marmi, 2014: 72).

### **B. Diagnosa Kebidanan**

Menurut Kemenkes RI (2011) perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosa atau masalah adalah :

- 1) Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir diberikan kepada bayi bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, diaperash, seborrhea, bisulan, miliarasis, diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014: 211).

### **C. Intervensi**

Diagnosa : diagnosa yang dapat ditegakan adalah bayi baru lahir normal, umur, jam, bayi baru lahir tanggal, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB (2500-4000 gram), PB(48-52 cm)

Tujuan : bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

a) Kriteria

- 1) Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjosastro, 2006: 174).
- 2) Nadi 120-160x/menit
- 3) Suhu bayi 36,5-37,°C
- 4) Frekuensi pernapasan rata rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007).
- 5) Berat badan 2500-4000 gram

b) Intervensi

- 1) Lakukan inform consent

R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut

- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

- 3) Beri identitas bayi

R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan

4) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/ Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi

5) Rawat tali pusat dan membungkus dengan kassa

R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi

6) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi

7) Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ Deteksi dini terhadap adanya komplikasi

8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB/BAK

R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas

9) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari

c) Potensi Masalah

1) Masalah I : Risiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

(a) Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi,2014:123).

(b)Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin,2009:172).

Intervensi menurut Marmi (2012:125)

(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 setres dingin

(b)Kaji tanda tanda hipotermi

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian

(c)Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi

R/ Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

2) Masalah 2 : Risiko Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

(a) Kadar glukosa dalam darah  $\geq 45$  mg/dl

(b) Bayi tidak kejang, tidak letargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012:146) :

(a) Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor risiko

R/ Bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi

(b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 20-4 jam hingga stabil

(c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut

(d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemi.

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemi

(e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi

3) Masalah 3 : Risiko Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

(a) Kadar bilirubin serum  $\leq 12,9$  mg/dl

(b) Timbul pada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir

(c) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan

Intervensi

a. Mengkaji faktor-faktor risiko

R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh inkompatibilitas ABO, penggunaan askrim pada ibu, sulfanodima, atau obat-obatan anti mikroba dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat

b. Mengkaji tanda dan gejala ikterik

R/ Pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselopati bilirubin (kerniterus).

c. Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ Kolostrum sebagai pembersih selaput BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

d. Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

4) Masalah 4 : Sebhorrea

Tujuan : Sebhorrea tidak terjadi

Kriteria :

(a)Cuaca dingin

(b)Jarang mencuci rambut

(c)Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012:167):

(a)Menyelimuti bayi dan memakaikan baju

R/ Menjaga suhu bayi tetap hangat

(b) Memberikan obat-obatan topical seperti sampo yang tidak berbusa

R/ Mengeramasi bayi 2-3 kali seminggu

(c) Memberikan krim silanum sulvida/HG presipitatus albus 2 %

R/ Memberikan salep sehari 3 kali sehabis mandi

5) Masalah 5 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh

Intervensi menurut Marmi (2012):

(a) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

(b) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat

(c) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebih

(d) Bawa periksa kedokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ penatalaksanaan lebih lanjut

(e) Bila keringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

6) Masalah 6 : 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 (2012:172) :

i. Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis

R/ mengurangi masuknya udara yang berlenihan

ii. Sendawakan bayi selesai menyusui

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui

7) Masalah 7 : oral trush

Tujuan : oral trush tidak terjadi

Kriteria : mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Purwati (2010):

(a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusui menggunakan air matang

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral thrush.

- (b) 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/ mematis kuman dengan sabun tertentu

- (c) Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui

R/ mencegah timbulnya oral thrush

8) Masalah 8 : Diaper rash

Tujuan : tidak terjadi diaper rash

Kriteria : tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut Varney (2010):

- (a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru

R/ menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi

- (b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali

R/ mencegah timbulnya diaper rash

(c) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasamaan kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

(d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan

R/ kulit tetpa kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

## **2.2.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana**

### **A. Data subyektif**

#### **1. Biodata**

##### **b) Nama**

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan  
(Saiffudin, 2010: 131)

##### **c) umur**

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk

menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013 :9).

d) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Mochtar, 2015: 132).

e) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan Kb, susuk KB atau alat susuk bawah kulit (AKBK), AKDR (Manuaba, 2010: 592).

f) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Mochtar, 2015: 194).

g) Alamat

Wanita yang tinggal ditempat yang terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Varney et al, 2007: 10)

### 3. keluhan utama

keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Affandi (2012:94) :

adalah:

- a) Usia 20-35 tahun
- b) Usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi

### 4. Riwayat kesehatan

- a) penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi,2012:95).
- b) kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi,2012:96).
- c) penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012)
- d) untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu 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 ( Hanafi, 2011:78)

e) ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servisitis), sedang mengalami atau menderita PRPatau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abonormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Affandi, 2011:72)

#### 5. Riwayat kebidanan

##### (d) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalin 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 selma 7 hariatau 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 (Affandi, 2012), wanita dengan durasi

menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil Kb dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:135).

(e) 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, 2012:98).

Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi mini pil (Affandi, 2012:102)

Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi kontra indikasi Kb IUD (Affandi, 2012:105)

c) Riwayat KB

Penggunaan Kb hormonal (suntik ) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014).

Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidak mampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013:45)

## 6. pola kebiasaan sehari-hari

### a) Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (, 2013:47)

### b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Manuaba, 2010:48)

### c) Istirahat/ tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:123)

### d) Seksual

Pada pengguna jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Manuaba, 2010:125)

## 7. Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:52).

Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (Rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012:172).

## **B. Data obyektif**

### 1. Pemeriksaan umum

#### a) tanda- tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah < 180/ 110 mmHg (Affandi, 2012:175)

Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanna darah pada sebagian besar pengguna (Manuab,2010:78).

### 2. pemeriksaan antropometri

#### a) 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 (Manuaba, 2010:134)

Permasalahan berat badan merupakan efek Samping penggunaan kontrasepsi hormonal, etrjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012:176).

### 3. pemeriksaan fisik

#### a) muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebih didaerah muka ) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:180).

#### b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakaian pil progestin (Affandi, 2012:182)

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemi (Affandi,2012:184).

#### c) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:85).

Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implan akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012:185).

Terdapat benjolan/ kanker atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant(Affandi, 2012:188)

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:167)

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Manuab, 2010:189)

Ibu menggunakan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi,2012:190)

Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi,2012:192)

f) Ekstremitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Affandi,2012:192).

Ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi,2012:192)

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual

untuk penapisan, yang diuraikan sebagai berikut  
(Manuaba, 2010:23):

4. pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan.

a) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- 1) Memastikan bimanual serviks bebas
- 2) Menentukan besar dan posisi uterus
- 3) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa(Saifuddin, 2010:168)

5. Diagnosa kebidanan

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/ bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, prognosa baik (Saifuddin, 2010:176)

4. perencanaan

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia....  
tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra  
indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan:

- a) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- b) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- c) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria:

- a) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- b) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- c) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:162):

- a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ menakutkan klien membangun rasa percaya diri.

- b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi.

R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan.

- d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

- f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- g) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R/ kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

1) Masalah I: *Amenorhea*

Tujuan: setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria: ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Affandi (2012:189):

(d) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*

R/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien

(e) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaannya.

(f) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan Kb, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R/ penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB

## 2) Masalah 2 : pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dari ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria: tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saiffudin(2010):

(a) Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menengakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untu pengobatan.

(b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

(a) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

3) Masalah 3 : perdarahan bercak/ *spotting*

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mmapu beradaptasi dengan keadaanya.

Kriteria: keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Saiffudin (2012:134):

(a)Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan.

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/ *spotting*.

(b) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya.

4) Masalah 4 : perubahan berat badan

Tujuan : ibu dapat menerima perubahan berat badan

Kriteria : ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saifudin (2012:136) :

(a) jelaskan pada ibu bahwa kenaikan atau penurunan berat badan merupakan salah satu efek samping kontrasepsi.

R/ ibu akan mengalami kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg pada minggu pertama penggunaan.

(b) Bila kenaikan, anjurkan ibu untuk diet gizi seimbang dan lakukan olahraga teratur.

R/ tidak setiap kenaikan berat badan dipicu oleh penggunaan kontrasepsi.

(c) Bila ibu terlalu kurus, anjurkan ibu untuk melakukan diet tinggi kalori, jika berhasil bisa anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi menggunakan kontrasepsi non-hormonal.

R/ keadaan ibu terlalu kurus dapat menyebabkan ibu mengalami KEK (Kekurangan Energi Kronis)

### C. implementasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan kebidanan, 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 Kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko—sosial-spiritual-kultural.
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga (*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. Melaksanakan tindakan sesuai standar.
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

#### D. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/ Menkes/ SK/VII/ 2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

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

#### E. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No. 133 (2007). 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 atau *follow up* dan rujukan.

