

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan**

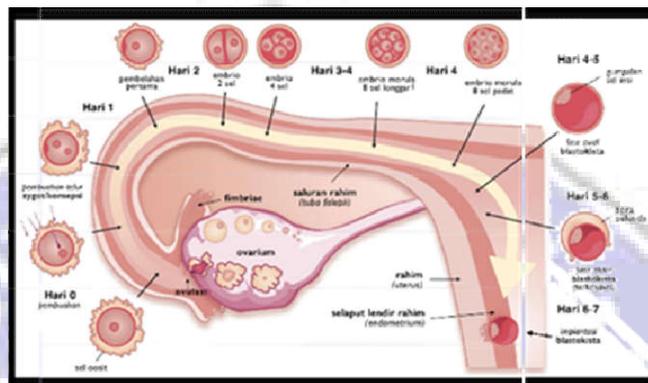
###### **A. Pengertian Kehamilan**

Menurut Depkes RI (2007), Kehamilan adalah masa dimulai dari saat konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya lahir normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir, kehamilan dibagi dalam 3 triwulan/trimester, yaitu triwulan/trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan/trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai bulan kesembilan (Agustini, 2012:74).

Menurut Federasi Obstetri Internasional, Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi sampai lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu ( minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ke tiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Saifuddin, 2009:213).

## B. Proses Kehamilan

Menurut Sarwono (2009:139) untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (Konsepsi) dan nidasi (implantasi) hasil konsepsi.



Gambar 2.1

Proses terjadinya kehamilan

Sumber : [www.google.co.id/search?q=proses kehamilan](http://www.google.co.id/search?q=proses+kehamilan)

### 1. Spermatozoa

Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis. Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia. Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari. Terdapat 100 juta sperma pada setiap militer air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi (Hanni dkk, 2011:36).

### 2. Ovum

Bisa dibuahi jika sudah melewati proses oogenesis. Dikeluarkan oleh ovarium saat fase ovulasi, satu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa remature. Ovum mempunyai waktu

hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium (Hanni dkk, 2011:36).

### 3. Konsepsi

Jutaan spermatozoa ditumpahkan di forniks vagina dan di sekitar persio pada waktu coitus. Hanya satu spermatozoa yang mempunyai kemampuan (kapasitas) untuk membuahi. Pada spermatozoa ditemukan kaputnya lebih mudah menembus dinding ovum oleh karena diduga dapat melepaskan hiluronidase. Konsepsi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (Osit sekunder) dan spermatozo yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Untuk mencapai ovum, spermatozoa harus melewati korona rematu (Lpisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraseluler), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa (Hanni dkk, 2011:37).

### 4. Nidasi (Implantasi)

Selanjutnya pada hari keempat hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut blastokista (*blastocyst*), suatu bentuk yang bagian luarnya adalah trofoblas dan di bagian dalamnya disebut massa *inner cell*. Masa *Inner cell* ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta. Dengan demikian, blastokista di selubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblas. Trofoblas ini sangat kritis untuk keberhasilan kehamilan terkait dengan

keberhasilan nidasi (implantasi), produksi rematu kehamilan, produksi imunitas bagi janin, peningkatan aliran darah maternal ke dalam plasenta, dan kelahiran bayi. Sejak trofoblas terbentuk, produksi human *chorionic gonadotropin* (Hcg) di mulai, suatu rematu yang memastikan bahwa endometrium akan menerima (resetif) dalam proses implantasi embrio (Hanni dkk, 2011:37).

#### 5. Pembentukan Plasenta

Plasenta adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Pada manusia plasenta terjadi 12-18 minggu setelah fertilisasi. Tiga minggu pasca dimulai pembentukan vili korealis. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu masa jaringan yaitu plasenta (Sarwono, 2009: 145).

Terjadi nidasi (Implantasi) mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk entoterm dan yolk sac (kontong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk ektoderm dan ruangan amnion. Plat embrio (embryonal plate) terbentuk diantara dua ruang yaitu ruang amnion dan kantung yolk sac. Awalnya yolk sac berfungsi sebagai pembentuk darah sama dengan hati, limpa, dan sumsum tulang. Pada minggu kedua samapai ketiga, terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju body stalk (bakal tali pusat).

Dalam 2 minggu perkembangan hasil konsepsi, trofoblas invasif telah melakukan penetrasi ke pembuluh darah

endometrium. Terbentuk sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruang interviler dimana vili korealis seolah terapun diantara ruangan tersebut samapi terbentuk plasenta. Tiap minggu pasca fertilisasi sirkulasi darah janin dini dapat diidentifikasi dan dimulai pembentukan vili korealis. Didalam vili korealis yang ruang intervilinya dipenuhi dengan darah maternal yang dipasok oleh arteri spiralis dan dikeluarkan melalui vena uterina. Vili korealis ini akan bertumbuh menjadi suatu massa jaringan yaitu plasenta. Hasil konsepsi diselubungi oleh jonjot-jonjot yang dinamakan vili korealis dan berpangkal pada korion. Sel-sel fibroblas mesodermal tumbuh disekitar embrio dan melapisi pula sebelah dalam trofoblas, dengan demikian terbentuk chorionic membrane yang kelak menjadi korion (Manuaba, 2010:92).

## 6. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio

### a) Embrio Usia 2-4 Minggu

- 1) Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang dengan pembentukan lapisan-lapisan didalamnya
- 2) Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah

yang pertama. Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta



Gambar 2.2

Janin usia 0-3 Minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-danperkembangan-janin-dalam-kandungan>

b) Embrio Usia 4-6 Minggu



Gambar 2.3

Janin usia 4-6 Minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-danperkembangan-janin-dalam-kandungan>

- 1) Sudah terbentuk bakal organ-organ
- 2) Jantung sudah berdenyut
- 3) Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG
- 4) Panjang embrio 0,64

c) Embrio Usia 8 Minggu



Gambar 2.4

Janin usia 8 Minggu

Sumber :<https://www.kebidanan.org/>

pertumbuhan-danperkembangan-janin-dalam-kandungan

- 1) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata da kaki
  - 2) Pembentukan usus
  - 3) Pembentukan genetalia dan anus
  - 4) Jantung mulai memompa darah
- d) Embrio Usia 12 Minggu



Gambar 2.5

Janin usia 9-12 Minggu

Sumber:<https://www.kebidanan.org/>  
pertumbuhan-danperkembangan-janin-dalam-kandungan

- 1) Embrio berubah menjadi janin
- 2) Usus lengkap
- 3) Genetalia dan anus sudah terbentuk
- 4) Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut terbuka

## e) Embrio Usia 16 Minggu



Gambar 2.6

Janin usia 13-16 Minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-danperkembangan-janin-dalam-kandungan>

- 1) Gerakan fetal pertama (*quickening*)
- 2) Sudah mulai ada meconium dan verniks caseosa
- 3) Sistem rematurenal sudah matang
- 4) Sistem saraf mulai melaksanakan rematu
- 5) Pembuluh darah berkembang cepat
- 6) Tangan janin dapat menggenggam
- 7) Kaki menendang dengan aktif
- 8) Semua organ mulai matang dan tumbuh
- 9) Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar dengan Doppler
- 10) Janin 0,2 kg

## f) Janin Usia 24 Minggu



Gambar 2.7

Janin usia 24 Minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-danperkembangan-janin-dalam-kandungan>

- 1) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktifitas pembentukan tulang meningkat
- 2) Perkembangan pernafasan dimulai
- 3) Berat janin 0,7-0,8 kg

g) Janin Usia 28 Minggu



Gambar 2.8

Janin usia 28 Minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-danperkembangan-janin-dalam-kandungan>

- 1) Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu
- 2) Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru
- 3) Mata mulai membuka dan menutup
- 4) Ukuran janin 2/3 saat lahir

h) Janin Usia 32 Minggu



Gambar 2.9

Janin usia 32 Minggu

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

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

i) Janin Usia 36 Minggu



Gambar 2.10

Janin usia 36 Minggu

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

- 1) Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak
- 2) Antibodi ibu di transfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai sistem kekebalan bayi bekerja sendiri

j) Janin Usia 40 Minggu



Gambar 2.11

Janin usia 40 Minggu

Sumber: <https://www.kebidanan.org/pertumbuhan-danperkembangan-janin-dalam-kandungan>

Penulangan (osifikasi) tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir, sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan berat badan hampir 1kg pada minggu tersebut .

(Hanni, dkk, 2011:41)

### C. Tanda-tanda Kehamilan

#### 1. Tanda Presumtif Kehamilan

Tanda-tanda presumtif adalah perubahan pada ibu atau seorang perempuan yang mengindikasikan bahwa ia telah hamil (Prawirohardjo, 2011:214).

Menurut Kumalasari (2015 : 2) tanda presumtif kehamilan meliputi:

##### a) Amenorea (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan *nidasi* menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel degraf* dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir menggunakan rumus Neagle, dapat ditentukan perkiraan persalinan.

b) Mual dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan, mual dan muntah terutama di pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas fisiologi, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

c) Ngidam

Wanita hamil sering makan makanan tertentu, karena keinginan yang demikian disebut dengan ngidam.

d) *Sinkope* atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e) Payudara tegang

Pengaruh estrogen-progesteron dan somatotroin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang, ujung syaraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f) Sering *miksi*

Desakan Rahim ke depan menyebabkan kandung kemih terasa penuh dan sering *miksi*. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.

g) *Konstipasi* atau *obesitas*

Engaruh progesterone dapat menghambat peristaltic usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

h) *Pigmentasi* kulit

Keluarnya *melanophore stimulating hormone* dan pengaruh hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi (*Cloasma gravidarum*), pada dundung perut (*Striae livide, striae nugrae, linea alba* makin hitam), serta sekitar payudara (*hyperpigmentasi aerola mammae*), Putting susu semakin menonjol, pembuluh darah menifes sekitar payudara.

i) *Epulsi*

*Hipertrofi* gusi yang disebut *epulsi*, dapat terjadi bila hamil.

j) *Varises* atau penampakan pembuluh darah

2. Tanda-tanda Tidak Pasti Atau Terduga Hamil

Tanda-tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomic dan fisiologik selain dari tanda-tanda persumtif yang dapat deteksi atau dikenali oleh pemeriksa (Prawirohardjo, 2011 : 214)

a) Rahim membesar sesuai dengan tuanya kehamilan

- b) Tanda *chadwick* adalah perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan vulva, vagian dan serviks.
- c) Tanda *goodell* adalah perubahan konsistensi (yang dianalogikan dengan konsistensi) serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal (dianalogikan dengan ujung hidung) pada saat tidak hamil.
- d) Tanda *hegar* adalah pelunakan dan kompresibilitas isthmus serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila isthmus ditekan dari arah yang berlawanan.
- e) Tanda *piskacek* adalah pembesaran uterus yang terjadi secara tidak simetris. Pembesaran asimetris dan penonjolan salah satu kornu tersebut dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada usia kehamilan delapan hingga sepuluh minggu.
- f) Kontakksi *Braxton hicks* adalah kontraksi yang bersifat non-ritmik, sporadic, tanpa disertai adanya rasa nyeri, mulai timbul sejak kehamilan enam minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvik.
- g) Fenomena bandul adalah adanya *ballotement* kepala yaitu hanya kepala janin yang terdorong dan memantul kembali ke dinding uterus atau tangan pemeriksa setelah memindahkan dan menerima tekanan balik cairan ketuban (volume relatif lebih besar dibandingkan tubuh janin) dikavum uteri.
- h) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif, tetapi sebagian kemungkinan palsu. (Kumalasari, 2015 : 3).

### 3. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda-tanda pasti kehamilan dapat ditentukan melalui:

- a) Gerakan janin dalam lahir
- b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian.
- c) Denyut jantung janin. Didengardengan stetoskop Laenec, alat doppler. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi (Manuaba, 2009 : 109)

#### **D. Menentukan Usia Kehamilan**

1. Menurut Mochtar (2012:41) cara untuk menentukan tuanya usia kehamilan antara lain:
  - a) Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu
  - b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “feeling life” (quickening).
  - c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya usia kehamilan dalam bulan.

Kemudian menurut Manuaba (2010:128), menjelaskan juga untuk menetapkan usia kehamilan yaitu :

- a) Mendengarkan denyut jantung janin (DJJ), denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu.
- b) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke 36.
- c) Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin berkurangnya atau sedikit air ketuban.
- d) Kemudian Manuaba (2010:120) menambahkan cara menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.1  
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi Leopold I

TFU	Usia Kehamilan
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan px dan pusat	32 minggu
Setinggi px atau 2-3 jari di bawah Px	36 minggu
Pertengahan px dan pusat	40 minggu

Sumber : (Manuaba, 2010:120).

## 2. Pemeriksaan Leopold

- a) Leopold I

Leopold I digunakan untuk 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. Variasi Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010:118).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I: Periksa menghadap muka ibu dan berada disisi kanan ibu, menentukan tinggi fundus, meraba bagian janin yang terletak difundus dengan kedua telapak tangan dan apakah teraba bulat, besar lunak (bokong)/bulat, besar, keras (kepala)/teraba tahanan memanjang (punggung)/teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Pada kehamilan aterm dengan presentasi kepala, pada pemeriksaan leopold I akan teraba bulat, besar, lunak (bokong) (Marmi, 2011:126).

b) Leopold II

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. Dalam Leopold II terdapat variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld

dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba,2010:118-119).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold II: Pemeriksa menghadap muka ibu dan berada disisi kanan ibu, meraba bagian janin yang terletak disebelah kanan maupun kiri uterus dengan menggunakan kedua telapak tangan. Apakah teraba bulat, besar lunak (bokong)/ bulat, besar, keras (kepala)/ teraba tahanan memanjang (punggung)/teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Pada pemeriksaan Leopold 2 akan teraba tahanan memanjang (punggung) di satu sisi dan teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas) disisi lain (Marmi, 2011:126).

c) Leopold III

Menentukan bagian terbawah janin di atas simfisis ibu dan bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP) atau masih bisa digoyangkan (Manuaba,2010:119).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold III: Pemeriksaan menghadap muka ibu dan berada di sisi kanan ibu, meraba bagian janin yang terletak diatas simfisis pubis sementara tangan yang lain menahan fundus untuk fiksasi. Apakah teraba bulat, besar lunak (bokong)/ bulat, besar, keras

(kepala)/ teraba tahanan memanjang (punggung)/ teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Pada kehamilan aterm dengan presentasi kepala, pada pemeriksaan leopold 3 akan teraba bulat, besar, keras (kepala) (Marmi, 2011:126).

d) Leopold IV

Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk (pintu atas panggul) 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 pemeriksanya konvergen (Manuaba, 2010:119).

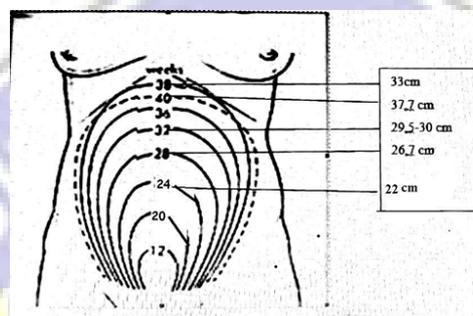
Langkah-langkah pemeriksaan Leopold IV :

Pemeriksaan menghadap kaki ibu dan menentukan apakah bagian terbawah janin menggunakan jari-jari tangan yang dirapatkan. apabila presentasinya:

- 1) Konvergen : bagian terbawah janin belum masuk ke PAP.
  - 2) Sejajar : bagian terbawah janin sebagian telah masuk ke PAP.
  - 3) Divergen : bagian terbawah janin telah masuk ke PAP
- (Marmi, 2011: 126).

3. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mc.Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan metlin (pita pengukur), dengan cara memegang tanda nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010: 100).



Gambar 2.12  
Pertumbuhan janin dengan mengukur menggunakan metlin  
Sumber: <https://www.org.kebidanan.pengukuran-tfu-menggunakan-metlin>

Tabel 2.2  
TFU pada Kehamilan TM III menurut Mc. Donald

28 Minggu	25 cm
32 Minggu	27 cm
36 Minggu	30 cm
40 Minggu	33 cm

Sumber : Ika Pantikawati dan Saryono, 2010:69.

#### 4. Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin diartikan penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan

meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012:41) berdasarkan rumusnya Johnson tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-n)  $\times$  155 = berat badan (g). bila kepala belum masuk pintu atas panggul maka  $n=12$ , dan bila kepala sudah masuk pintu atas panggul maka  $n=11$ . Sedangkan Tafsiran Berat Janin menurut Manuaba (2010:89) sesuai usia kehamilan trimester III dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 2.3  
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)

### E. Perubahan Fisiologis Kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genetalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim. Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomamotropin, estrogen, dan progesterone yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh dibawah ini.

## 1. Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehinggamenjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot Rahim mengalami hyperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran Rahim karena pertumbuhan janin.

Perubahan isthmus uteri (rahim) menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Perlunakan isthmus disebut tanda Hegar. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar.

Perubahan konsentrasi hormonal yang mempengaruhi rahim, yaitu estrogen dan progesterone menyebabkan progesterone mengalami penurunan dan menimbulkan kontraksi rahim yang disebut dengan Braxton Hicks. Terjadinya Braxton Hicks, tidak dirasakan nyeri dan terjadi bersamaan di seluruh rahim, diikuti oleh makin besarnya aliran darah menuju rahim dan arteri uterine dan arteri ovarika.

Otot rahim mempunyai susunan istimewa yaitu longitudinal, sirkuler dan oblika sehingga keseluruhannya membuat anyaman yang

dapat menutup pembuluh darah dengan sempurna. Meningkatnya pembuluh darah menuju rahim mempengaruhi serviks yang akan mengalami perlunakan. Serviks hanya memiliki sekitar 10% jaringan otot. Pada saat persalinan, terjadi pembukaan serviks secara pasif, karena kuatnya kontraksi otot rahim. Segera setelah persalinan, serviks yang sedikit mempunyai otot, akan melipat dan terjadi pengecilan dengan pasif. Serviks yang sedikit mempunyai otot, tetap terbuka, tanpa mekanisme sfingter, sehingga memberikan kesempatan untuk mengeluarkan lochea. Pada pemeriksaan postpartum, serviks multipara mempunyai dua bibir, bibir atas dan bibir bawah (Manuaba, 2010:85-89).

## 2. Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda Chadwicks) (Manuaba, 2010:90).

## 3. Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan vilikorealis yang mengeluarkan hormone korionik gndotropin yang mirip dengan hormone luteotropik hipotesis anterior (Manuaba, 2010:90).

## 4. Sistem Sirkulasi Darah

Sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula, mamma dan alat-alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Seperti yang sudah dikemukakan, volume darah ibu dalam kehamilan bertambah secara fisiologik dengan adanya pencairan darah yang disebut hidrema. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncak kehamilan 32 minggu, diikuti dengan cardiac output yang meninggi sebanyak kira-kira 30%. Akibat hemodilusi tersebut, yang dimulai jelas timbul pada kehamilan 16 minggu, ibu yang mempunyai penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan dekomposisi kordis (Manuaba, 2010:91)

#### 5. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormone saat kehamilan, yaitu estrogen, progesterone dan somatomamotrofin.

Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI dijabarkan sebagai berikut:

- a) Estrogen, berfungsi:
  - 1) Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara.
  - 2) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar.

3) Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air, dan garam menyebabkan rasa sakit payudara.

b) Progesteron, berfungsi:

1) Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi.

2) Meningkatkan jumlah sel asinus.

(a) Somatomamotrofin, berfungsi:

(1) Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktalbumin, dan laktoglobulin.

(2) Penimbunan lemak disekitar alveolus payudara.

(3) Merangsang pengeluaran kolostrum pada kehamilan (Manuaba, 2010 : 92).

## 6. Dinding Perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastic dibawah kulit, sehingga timbul striae gravidarum. Bila terjadi peregangan yang hebat, missalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastasis rekti bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya disebut linea nigra (Manuaba, 2010:92)

## 7. Sistem Pernafasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru meningkat sedikit

selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (*thoracic breathing*) (Manuaba, 2010:92).

#### 8. Saluran Pencernaan

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama, mengeluh mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Resorpsi makanan baik, namun akan menimbulkan obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (*morning sickness*).

#### 9. Tulang dan Gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar, karena ligamen-ligamen melunak (*softening*). Juga terjadi sedikit pelebaran pada ruan persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. Gingivitis kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya hygiene yang buruk pada rongga mulut (Manuaba, 2010:93).

#### 10. Kulit

Pada daerah kulit tertentu terjadi hiperpigmentasi:

- a) Muka : disebut masker kehamilan (*chloasma gravidarum*)

- b) Payudara : puting susu dan aerola payudara
- c) Perut : linea nigra striae
- d) Vulva (Manuaba, 2010:93)

#### 11. Kelenjar Endokrin

- a) Kelenjar tiroid : dapat membesar sedikit
- b) Kelenjar hipofise : dapat membesar terutama lobus anterior
- c) Kelenjar adrenal : tidak begitu terpengaruh  
(Manuaba, 2010:94)

#### 12. Metabolisme dalam kehamilan

Pada wanita hamil *basal metabolic rate* (BMR) meningkat, sistem endokrin juga meningkat, dan tampak lebih jelas kelenjar gondoknya (glandula tiroidea). BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya ditemukan pada triwulan terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas akan tetapi bila dibutuhkan, dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori dalam pekerjaan sehari-hari (Manuaba, 2010:94).

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi liaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Saiffudin, 2009 : 278).

Pada setiap kali kunjungan antenatal tersebut, perlu didapatkan informasi yang sangat penting. Tabel di bawah ini memberikan garis-garis besarnya.

Tabel 2.4  
Informasi penting dalam pelaksanaan ANC (Saiffudin, 2010:2).

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester Pertama	Sebelum minggu ke-4	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan ibu hamil. Mendeteksi masalah dan menanganinya. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan. Memulai Persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. Mendorong perilaku sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat, dan sebagainya).
Trimester Kedua	Sebelum minggu ke-28	Sama seperti diatas ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklamsia (Tanya ibu tentang gejala-gejala preeklamsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria)
Trimester Ketiga	Antara minggu 28-36	Sama seperti diatas ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda
Trimester ketiga	Setelah 36 minggu	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.

Sumber : Saiffudin, 2010:2. Ilmu Kebidanan. Halaman 278.

## F. Perubahan Psikologi Pada Kehamilan

Menurut Marmi (2012:95), trimester ketiga ini sering disebut periode penantian penuh dengan kewaspadaan. Ibu mulai menyadari kehadiran bayi makhluk terpisah, sehingga ia tidak sabar menantikan

kelahiran sang bayi. Dalam trimester ini merupakan waktu persiapan yang aktif menantikan kelahiran bayinya. Hal ini membuat ibu berjaga-jagadan menunggu tanda gejala persalinan. Sejumlah ketakutan muncul dalam trimester ini yaitu merasa cemas dengan kehidupan bayinya dan dirinya sendiri, seperti apakah bayinya nanti akan keluar abnormal, terkait dengan persalinan dan kelahiran (nyeri, kehilangan kendali dan hal-hal lain yang tidak diketahui) apakah ibu akan menyadari bahwa ia akan bersalin, atau bayinya tidak mampu keluar karena perutnya sudah luar biasa besar, atau apakah organ vitalnya akan mengalami cedera akibat tendangan bayi.

Menurut Romauli (2011:90), perubahan psikologi yang terjadi pada kehamilan trimester III adalah sebagai berikut:

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

## **G. Tanda Bahaya Kehamilan**

### **1. Perdarahan Pervaginam**

Pada TM II dan III bisa gterjadi perdarahan pervaginam baik nyeri atau tidak, hal ini berkemungkinan terjadi plasenta previa atau solusio plasenta.

### **2. Sakit Kepala Hebat**

Sakit kepala hebat, menetap, tidak hilang setelah istirahat, dan dapat pula disertai pandangan kabur atau berbayang dapat mengarah pada gejala preeklamsi.

### **3. Pandangan Kabur**

Ibu hamil perlu waspada dan dianjurkan melakukan kunjungan antenatal apabila terjadi perubahan visual mendadak seperti pandangan kabur atau berbayang.

### **4. Nyeri Abdomen Hebat**

Nyeri abdomen hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat, hal ini menunjukkan kemungkinan ibu ngalami appendiksitis, KET, abortus, radang panggul, persalina preterm, gastritis, infeksi saluran kemih, dll.

### **5. Bengkak pada Muka atau Tangan**

Bengkak yang timbul pada muka dan tangan dapat menunjukkan bahwa ibu mengalami masalah serius apabila tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan fisik

lain. Hal ini merupakan pertanda ibu menderita anemia, gagal jantung, atau preeklamsia.

#### 6. Janin Kurang Gerak Seperti Biasanya

Ibu mulai merasakan gerakan janinnya pada bulan ke-5 atau ke-6. Janin bergerak minimal 3 kali dalam periode waktu 3 jam. Gerakan bayi akan mudah tersa saat ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik.

(Astuti, 2012:158-159)

### **H. Ketidaknyamanan Pada Ibu Hamil**

#### 1. Nyeri punggung

Nyeri punggung disebabkan oleh progesterone dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta meningkatnya beban berat yang dibawa dalam rahim. Berikan asuhan kepada ibu untuk memperhatikan postur tubuhnya yaitu jangan terlalu membungkuk dan berdiri serta berjalan dengan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat beban yang berat.

#### 2. Sesak Nafas

Sesak nafas disebabkan oleh pembesaran rahim yang menekan dada dapat diatasi dengan senam hamil. Disebabkan oleh peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar CO<sub>2</sub> serta kadar

O2, meningkatkan aktifitas metabolisme. Cara mengatasinya dengan tidur dengan posisi setengah duduk, makan tidak terlalu banyak, hindari merokok.

### 3. Konstipasi

Disebabkan karena progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau bisa juga disebabkan oleh efek terapi zat besi. Cara mengatasinya yaitu makan tinggi serat, buah dan sayuran, ekstra cairan, hindari makanan yang berminyak dan lakukan olah raga. Konstipasi dapat disebabkan oleh penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot halus, peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltik usus menjadi lambat, peningkatan penyerapan air di kolon, kurang olah raga, diet yang salah. Dapat diatasi oleh minum cairan dingin/panas ketika perut kosong, segera BAB bila ada dorongan.

### 4. Bengkak Kaki

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan bersilang.

### 5. Frekuensi BAK meningkat

Tekanan uterus pada kandung kemih akibat turunnya kepala janin ke dasar panggul yang menekan uterus, cara

mengatasinya yaitu dengan mengurangi minum setelah makan malam atau minimal 2jam sebelum tidur, menghindari minum yang mengandung kafein, jangan mengurangi kebutuhan air minum, perbanyak minum disiang hari dan lakukan senam.

#### 6. Insomnia

Terjadi tekanan kandung kemih, kekhawatiran gerakan janin yang sering menendang, kram. Yang harus dilakukan adalah minum susu sebelum tidur, mengubah susu ruangan. Sebaiknya tidur miring ke kiri atau ke kanan, dan diberi ganjalan pada kaki, serta mandi dengan air hangat sebelum tidur yang akan menjadikan ibu lebih santai dan mengantuk.

#### 7. Kram otot betis

Bisa disebabkan karena kebutuhan kalsium yang kurang atau perubahan sirkulasi darah, tekanan pada syaraf di kaki. Perbanyak makan yang mengandung kalsium, menaikkan kaki ke atas saat tidur, masase dan menarik jari-jari ke atas, kompres hangat dan jangan sembarangan menggunakan obat tanpa seijin dokter.

(Mochtar, 2012:104-108)

### **I. Kebutuhan Ibu Hamil**

Kebutuhan ibu hamil dibagi menjadi 2 bagian yaitu kebutuhan fisik dan psikologis.

#### 1. Kebutuhan Fisik

##### a) Oksigen

Kebutuhan oksigen selama kehamilan meningkat sebagai respon tubuh terhadap akselerasi metabolisme yang diperlukan untuk menambah masa jaringan-jaringan pada payudara, hasil konsepsi, masa uterus dan lainnya. Peningkatan kebutuhan oksigen meningkat 15-20% yang digunakan untuk kebutuhan metabolik ibu dan janin. Pada masa kehamilan pernapasan ibu juga menjadi lebih dalam meski dalam keadaan istirahat, akibatnya volume tidal meningkat dari 7,5 L/menit menjadi 10,5L/menit.

b) Nutrisi

Pemenuhan nutrisi berkaitan dengan pertumbuhan janin dan kesejahteraan ibu. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, partus prematurus, perdarahan pasca persalinan, dan sepsis puerperalis. Sedangkan makan berlebihan dapat menyebabkan komplikasi seperti gemuk, janin besar, preeklamsi. Secara umum pada kondisi tidak hamil ibu memerlukan energi sebanyak 2100 Kkal/hari, sedangkan saat hamil ibu memerlukan 2500 Kkal/hari untuk perkembangan fetus, plasenta, uterus, dan mammae. Bagi ibu menyusui kebutuhan energi menjadi 3000Kkal/hari. Berikut ini adalah beberapa kelompok makanan dan minuman yang disarankan untuk dikonsumsi, beserta dengan manfaatnya:

### 1) Air

Minum cukup air dapat mencegah bayi lahir prematur, hemoroid, konstipasi, pembengkakan berlebihan, dan infeksi kandung kemih. Selama masa kehamilan, Anda disarankan untuk mengonsumsi kurang lebih 2,5 liter (setara dengan 10 gelas) air dalam sehari. Cairan ini juga bisa didapatkan dari makanan seperti buah dengan kadar air yang tinggi, jus, atau susu. Namun perlu diingat bahwa beberapa minuman seperti minuman ringan dengan kadar gula yang tinggi dapat menyebabkan hipertensi atau kenaikan berat badan.

### 2) Sayur dan buah

Sayur dan buah adalah komponen utama pola makan sehat bagi ibu yang sedang hamil. Disarankan untuk mengonsumsi setidaknya lima porsi sayur-sayuran dan buah-buahan berbeda tiap hari untuk mendapatkan aneka vitamin, mineral, serta serat. Sayuran hijau seperti bayam dan kale mengandung banyak vitamin A, K, C dan asam folat yang penting untuk kesehatan mata.

### 3) Daging tanpa lemak, ikan, dan telur

Kelompok makanan ini kaya dengan kandungan protein yang penting untuk pertumbuhan janin, terutama pada trimester kedua dan ketiga dalam kandungan. Telur

juga kaya akan kolin yang mendukung perkembangan otak dan tubuh janin, serta membantu mengurangi risiko cacat tabung saraf. Sementara, ikan salmon kaya akan omega 3 yang baik untuk menjaga mood ibu hamil sekaligus perkembangan janin. Meski demikian, untuk menghindari paparan merkuri, disarankan tidak mengonsumsi lebih dari 340 gram salmon dalam sepekan. Selain itu, daging tanpa lemak merupakan sumber protein berkualitas tinggi. Namun hindari daging olahan seperti sosis yang mungkin mengandung bakteri atau parasit.

4) Kacang-kacangan

Kacang-kacangan berperan dalam mencukupi kebutuhan serat ibu hamil, sehingga mencegah konstipasi dan hemoroid (wasir). Selain itu, kelompok makanan ini kaya akan kalsium, folat, zat besi, dan seng.

5) Makanan sumber karbohidrat

Gandum utuh kaya akan nutrisi, serat, vitamin E, dan selenium yang baik untuk perkembangan janin. Bahan ini bisa Anda dapatkan antara lain dalam oatmeal, roti gandum, pasta, ataupun nasi merah.

6) Susu dan produk turunannya

Susu dan produk olahan susu, seperti yogurt, kaya akan kalsium yang membantu pembentukan tulang pada bayi serta menjaga kesehatan tulang ibu.

#### 7) Suplemen

Meski sudah mengonsumsi berbagai jenis makanan, mungkin saja Anda masih melewatkan nutrisi tertentu. Suplemen vitamin barangkali dibutuhkan untuk mencukupinya. Salah satu suplemen yang biasa diberikan ada TTD (Tablet tambah darah) yang memiliki kandungan setara 60 mg besi elemental dan 400 mcg asam folat. Namun, Anda perlu mengkonsultasikannya terlebih dulu kepada dokter.

#### c) Personal Hygiene

Selama kehamilan PH vagina menjadi asam (6-5) akibatnya mudah terjadi infeksi selain itu stimulus estrogen menyebabkan ibu mengalami keputihan (flour albus). Perubahan lainnya adalah peningkatan vaskularisasi menyebabkan ibu mudah berkeringat, pembesaran rahim juga menyebabkan ibu sering berkemih. Kebersihan diri selama kehamilan sangat penting bagi ibu, sebaiknya ibu mandi dengan air hangat, gosok gigi dan berganti pakaian paling sedikit 2 kali sehari, menjaga kebersihan alat genital dan

pakaian dalam, serta menjaga kebersihan payudara untuk persiapan menyusui.

d) Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu sebaiknya longgar terutama bagian dada dan perut. Pakaian yang ketat tidak dianjurkan karena dapat mengganggu sirkulasi darah. Selain itu sepatu yang digunakan juga harus nyaman, pas, dan enak digunakan, tidak berhak atau bertumit tinggi/lancip karena bisa mengganggu kestabilan tubuh dan bisa mencederai kaki. Pakaian dalam yang digunakan terutama bra, sebaiknya yang meyangga payudara dan talinya agak besar agar tidak terasa sakit di bahu.

e) Eliminasi

Pada masa kehamilan tonus, motilitas lambung dan motilitas usus mengalami penurunan, reabsorpsi zat makanan menjadi lambat sehingga menyebabkan obstipasi. Selain itu kandung kemih yang tertekan pembesaran rahim menyebabkan ibu menjadi sering berkemih, diikuti dengan peningkatan vaskularisasi di periver menyebabkan ibu hamil sering berkeringat.

f) Seksual

Saat sahim ibu akan mengalami vaskularisasi pada vagina yang menyebabkan meningkatnya sensitifitas

seksual. Akan tetapi ketakutan akan melukai ibu atau janin dapat menurunkan pola seksualitas. Pada dasarnya ibu hamil tetap dapat melakukan hubungan seksual selama tidak mengganggu kehamilannya. Ada beberapa tips, diantaranya:

- 1) Pilih posisi yang tidak menyebabkan nyeri bagi ibu
- 2) Sebaiknya menggunakan kondom karena prostaglandin yang terdapat pada semen dapat menyebabkan kontraksi
- 3) Melakukan dalam frekuensi yang wajar yaitu 2-3 kali dalam satu minggu

g) Mobilisasi, Body Mekanik

Berubahnya system muskulo skeletal menyebabkan perubahan postur tubuh menjadi lordosis. Mobilisasi dan body mekanik diperlukan untuk mencegah keretakan dan memperlancar sirkulasi darah. ibu dapat melakukan gerakan badan dengan cara duduk, berbaring, berdiri, dan jalan-jalan pagi. Mobilisasi dan body mekanik. Selain itu ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

- 1) Melakukan senam hamil agar otot tidak kaku
- 2) Tidak dianjurkan melakukan gerakan tiba-tiba/spontan

- 3) Tidak dianjurkan mengangkat beban berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat beban atau benda
  - 4) Apabila bangun tidur, miring terlebih dahulu kemudian bangkit dari tempat tidur
- h) Exercise/ senam hamil

Saat hamil terjadi peregangan otot-otot, perlunakan ligament-ligamen, dan pelonggaran persendian, sehingga diperlukan senam hamil yang bertujuan untuk meyangga dan menyesuaikan tubuh agar lebih baik menyangga beban kehamilan, memperkuat otot untuk menopang tekanan tambahan, memperbaiki sirkulasi dan respirasi, meredakan ketegangan dan membangun relaksasi. Sedangkan senam hamil merupakan terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil, secara fisik, mental, pada persalinan cepat, aman, dan spontan. Adapun waktu yang tepat melakukan senam hamil yaitu:

- 1) Umur kehamilan mencapai 6 bulan keatas, kecuali ada kelainan tertentu pada kehamilan. Sebelum melakukan senam hamil ibu dianjurkan berkonsultasi dengan bidan atau dokter mengenai kondisi kehamilannya.

- 2) Ibu hamil yang mengikuti senam hamil diharapkan dapat menjalani persalinan dengan lancar dan relative cepat tanpa terjadi komplikasi apapun.
- 3) Sebelum melakukan senam hamil ibu diharapkan melakukan gerakan pemanasan sehingga peredaran dalam tubuh meningkat dan oksigen yang diangkut ke otot-otot dan jaringan tubuh bertambah banyak. Hal ini dapat mengurangi kejang atau terluka karena sudah dipersiapkan sebelum melakukan gerakan yang lebih aktif.

i) Istirahat/Tidur

Ibu hamil perlu banyak istirahat minimal 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari, apabila ibu tidak bisa tidur siang ibu dapat tiduran atau berbaring untuk memperbaiki sirkulasi darah. Selain itu ibu dapat mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring kiri dan letakkan beberapa bantal untuk menyangga agar ibu bisa rileks/ santai.

j) Imunisasi

Imunisasi yang diberikan kepada ibu hamil yaitu imunisasi Tetanus Toxoid (TT) untuk mencegah terkena tetanus neonatorum.

Tabel 2.5  
Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama Perlindungan	% Perlindungan
TT1	Knjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/ seumur hidup	99

Sumber: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo 2005

#### k) Traveling

Ibu hamil sebaiknya tidak melakukan perjalanan yang cenderung lama, jauh, dan melelahkan karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan serta mengakibatkan gangguan sirkulasi dan oedema kaki .karena lama tidak aktif bergerak. Apabila ibu bepergian menggunakan mobil pribadi dianjurkan berhenti setiap jam untuk meregangkan badan dan jalan-jalan agar sirkulasi darah lancar, dan gunakan sabuk pengaman. Apabila bepergian dengan pesawat terbang, terdapat beberapa resiko, yaitu:

##### 1) Bising dan getaran

- 2) Dehidrasi, karena kelembaban udara rendah
- 3) Turunnya oksigen karena perubahan tekanan udara
- 4) Radiasi kosmik pada ketinggian 30.000 kaki

Ibu hamil tidak dianjurkan melakukan perjalanan ketika:

- 1) Pada awal kehamilan
  - 2) Pada bulan terakhir kehamilan
  - 3) Pre-eklamsi dan eklamsi
- 1) Persiapan Persalinan dan Kelahiran Bayi

Ada 5 komponen penting dalam rencana persalinan:

Langkah 1: Membuat rencana persalinan

- (1) Tempat persalinan
- (2) Memilih nakes yang akan menolong
- (3) Bagaimana cara menghubungi nakes yang akan menolong persalinan ibu
- (4) Mempersiapkan dana yang dibutuhkan

Langkah 2: Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan

- (1) Siapa pengambil keputusan utama dalam keluarga
- (2) Siapa yang akan mengambil keputusan saat pengambil keputusan tidak ada

Langkah 3: Mempersiapkan sistem transportasi bila terjadi kegawatdaruratan

- (1) Dimana ibu akan bersalin

- (2) Bagaimana cara ibu menjangkau pelayanan kesehatan yang memadai apabila terjadi kegawatdaruratan
- (3) Bagaimana cara mencari donor darah potensial

Langkah 4: Membuat pola menabung

Langkah 5: Mempersiapkan keperluan persalinan

- (1) Keperluan ibu: pembalut, kain/jarit, sabun, seprai, baju
- (2) Keperluan bayi: baju, bedong, popok, minyak telon, bedak, topi, sarung tangan dan kaki

m) Memantau Kesejahteraan Janin

Hal ini dapat dilakukan dengan pemeriksaan antenatal yang rutin, ibu juga dapat menghitung jumlah pergerakan janin setiap harinya minimal 3 kali/3 jam dan menimbang kenaikan berat badan ibu setiap trimesternya.

n) Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang adalah setiap kunjungan yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama. Jadwal kunjungan sebaiknya dilakukan setiap 4 minggu sebelum UK mencapai 28 minggu, setiap 2 minggu pada UK 28-36 minggu dan setiap 1 minggu pada UK lebih dari 36 minggu.

Kunjungan ulang bertujuan mendeteksi komplikasi dan mempersiapkan kelahiran serta kegawatdaruratan. Isi dari kunjungan ulang itu sendiri adalah:

1) Riwayat kehamilan sekarang: gerakan janin, tanda bahaya, keluhan ibu dalam kehamilan, kekhawatiran ibu

2) Pemeriksaan fisik: BB, TD, ekstremitas, TFU(setelah 12 minggu dengan palpasi dan setelah 22 minggu dengan pita ukur), Leopold untuk mendeteksi kelainan letak, DJJ setelah 18 minggu

3) Pemeriksaan laboratorium: protein urine, HB, golongan darah, dan glukosa urin

4) Pemeriksaan panggul

Dilakukan pemeriksaan pelvimetri klinis pada akhir TM III jika panggul perlu dievaluasi kembali

o) Pekerjaan

Ibu hamil boleh bekerja seperti biasa tetapi tidak boleh terlalu berat, pada umumnya ibu diperbolehkan cuti 1,5 bulan sebelum melahirkan dan 1,5 bulan setelah melahirkan.

2. Kebutuhan Psikologis

a) Support Keluarga

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil, terutama dari orang terdekat dan bagi ibu yang baru pertama kali hamil. Seorang

wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang – orang terdekat.

#### 1) Suami

Dukungan dan peran serta suami dalam masa kehamilan terbukti meningkatkan kesiapan ibu hamil dalam menghadapi kehamilan dan proses persalinan, bahkan juga memicu produksi ASI.

#### 2) Keluarga

Lingkungan keluarga yang harmonis ataupun lingkungan tempat tinggal yang kondusif sangat berpengaruh terhadap keadaan emosi ibu hamil. Wanita hamil sering kali mempunyai ketergantungan terhadap orang lain disekitarnya terutama pada ibu primigravida. Keluarga harus menjadi bagian dalam mempersiapkan pasangan menjadi orang tua.

#### 3) Support dari Tenaga Kesehatan

Mempelajari keadaan lingkungan ibu hamil. Bidan harus melakukan pengkajian termasuk keadaan lingkungan sehingga mempermudah dalam melakukan asuhan kebidanan. Selain itu Bidan dapat memberi dukungan mental dan penjelasan tentang kebahagiaan akan mempunyai anak yang diinginkan dan dinantikan.

#### 4) Persiapan menjadi Orang Tua

Kehamilan dan peran sebagai orang tua dapat dianggap sebagai masa transisi atau peralihan. Terlihat adanya peralihan yang sangat besar akibat kelahiran dan peran yang baru. (Astuti, 2012: 159– 164)

## **J. Komplikasi Kehamilan**

### **1. Perdarahan**

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu (Mochtar, 1998). Jika perdarahan terjadi di tempat yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas pelayanan kesehatan tersebut tidak mampu melakukan tindakan yang diperlukan, maka umumnya kematian maternal akan terjadi.

### **2. Pre-eklampsia/eklampsia**

Kondisi ibu yang disebabkan oleh kehamilan disebut dengan keracunan kehamilan, dengan tanda-tanda oedema (pembengkakan) terutama tampak pada tungkai dan muka, tekanan darah tinggi, dan dalam air seni terdapat zat putih telur pada pemeriksaan urine dari laboratorium. Kematian karena eklampsia meningkat dengan tajam dibandingkan pada tingkat pre-eklampsia berat.

Gejala-gejala dari pre-eklampsia adalah:

- a) Tekanan darah lebih tinggi dari 140/90 mm hg

b) Wajah atau tangan membengkak

c) Kadar protein yang tinggi dalam air kemih.

3. Kelainan Letak (Letak Lintang/Letak Sungsang)

a) Letak Lintang : Merupakan kelainan letak janin di dalam rahim pada kehamilan tua (8-9 bulan): kepala ada di samping kanan atau kiri dalam rahim ibu. Bayi letak lintang tidak dapat lahir melalui jalan lahir biasa, karena sumbu tubuh janin melintang terhadap sumbu tubuh ibu. Bayi membutuhkan pertolongan operasi sesar

b) Letak Sungsang : merupakan kelainan letak janin di dalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), dengan kepala di atas dan bokong atau kaki di bawah. Bayi letak sungsang lebih sukar lahir, karena kepala lahir terakhir . Penyebab letak sungsang dapat berasal dari pihak ibu (keadaan rahim, keadaan plasenta, keadaan jalan lahir) dan dari janin (tali pusat pendek, hidrosefalus, kehamilan kembar, hidramnion, prematuritas).

4. Hidramnion

Yaitu kehamilan dengan jumlah air ketuban lebih dari 2 liter.

Keadaan ini mulai tampak pada trimester III, dapat terjadi secara perlahan-lahan atau sangat cepat. Pada kehamilan normal, jumlah air ketuban  $\frac{1}{2}$  -1 liter. Karena rahim sangat besar akan menekan

pada organ tubuh sekitarnya, yang menyebabkan keluhan - keluhan sebagai berikut:

- a) Sesak napas, karena sekat rongga dada terdorong ke atas.
- b) Perut membesar, nyeri perut karena rahim berisi air ketuban 2 liter.
- c) Pembengkakan pada kedua bibir kemaluan dan tungkai.

#### 5. Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini yaitu keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung.

Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

#### 6. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang tertanam di atas atau di dekat serviks (leher rahim), pada rahim bagian bawah. di dalam rahim, plasenta bisa menutupi lubang serviks secara keseluruhan atau hanya sebagian. plasenta previa biasanya terjadi pada wanita yang telah hamil lebih dari 1 kali atau wanita yang memiliki kelainan rahim (misalnya fibroid). pada akhir kehamilan, tiba-tiba terjadi perdarahan yang jumlahnya bisa semakin banyak. darah yang keluar biasanya berwarna merah terang. untuk memperkuat diagnosis, dilakukan pemeriksaan usg. jika perdarahannya hebat, dilakukan transfusi darah berulang. jika

perdarahannya ringan dan persailinan masih lama, biasanya dianjurkan untuk menjalani tirah baring. hampir selalu dilakukan operasi sesar karena cenderung terjadi pelepasan plasenta sebelum waktunya, bayi bisa mengalami kekurangan oksigen dan ibu bisa mengalami perdarahan hebat.

#### 7. Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan selama masa hamil, tidak seperti morning sickness yang biasa dan bisa menyebabkan dehidrasi dan kelaparan. penyebabnya tidak diketahui. faktor psikis bisa memicu atau memperburuk muntah. berat badann penderita menurun dan terjadi dehidrasi. dehidrasi bisa menyebabkan perubahan kadar elektrolit di dalam darah sehingga darah menjadi terlalu asam. jika muntah terus terjadi, bisa terjadi kerusakan hati. komplikasi lainnya adalah perdarahan pada retina yang disebabkan oleh meningkatnya tekanan darah ketika penderita muntah. penderita dirawat dan mendapatkan cairan, glukosa, elektrolit serta vitamin melalui infuse. Penderita berpuasa selama 24 jam. jika perlu, bisa diberikan obat anti-mual dan obat penenang. jika dehidrasi telah berhasil diatasi, penderita boleh mulai makan makanan lunak dalam porsi kecil. biasanya muntah berhenti dalam beberapa hari. jika gejala kembali kambuh, maka pengobatan diulang kembali

## 8. Abrupsio Plasenta

Abrupsio plasenta adalah pelepasan plasenta yang berada dalam posisi normal pada dinding rahim sebelum waktunya, yang terjadi pada saat kehamilan bukan pada saat persalinan. plasenta mungkin tidak menempel seluruhnya (kadang hanya 10-20%) atau menempel seluruhnya. penyebabnya tidak diketahui. abropsio lebih sering ditemukan pada wanita yang menderita tekanan darah tinggi, penyakit jantung, diabetes atau penyakit rematik dan wanita memakai kokain. terjadi perdarahan rahim yang berasal dari sisi tempat menempelnya plasenta.

(Kusmiyati, 2008:56-62)



## 2.1.2 PERSALINAN

### A. Pengertian Persalinan

Persalinan normal menurut WHO (2010) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu namun bayi berada dalam kondisi sehat. Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah (Rohani, 2011:60).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba, 2010:164).

Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

#### 1. Persalinan Spontan

Persalinan dikaitkan spontan yaitu jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

## 2. Persalinan buatan

Persalinan buatan yaitu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi section caesarea.

## 3. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan rangsangan misalnya pitocin dan prostaglandin (Sarwono,2012:89).

### **B. Teori-teori Penyebab Persalinan**

#### 1. Teori penurunan hormon 1-2 minggu sebelum partus mulai mengalami penurunan kadar hormon ekstrogen dan progesteron.

Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesterone turun.

#### 2. Teori plasenta menjadi tua

Menyebabkan turunnya kadar ekstrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

#### 3. Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter.

#### 4. Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (*fleksus frankenhauser*). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

#### 5. Teori oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan ekstrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Menurunnya kontraksi progesterone karena matangnya usia kehamilan oksitosin meningkatkan aktifitasnya dalam merangsang otot rahim untuk berkontraksi, dan persalinan dimulai.

#### 6. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan, teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan bayi anensefalus (tulang tengkorak dan tulang otak tidak terbentuk) sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

#### 7. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan (Ari, 2010: 5).

### C. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

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

Jalan lahir merupakan komponen yang sangat penting dalam proses persalinan yang terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Proses persalinan merupakan proses mekanisme yang melibatkan 3 faktor, yaitu jalan lahir, kekuatan yang mendorong dan akhirnya janin yang di dorong dalam satu mekanisme terpadu. Jalan lunak pada keadaan tertentu tidak akan membahayakan janin dan sangat menentukan proses persalinan (Manuaba,2010:171).

##### a) Ukuran panggul

Ukuran panggul penting diketahui terutama pada kehamilan pertama, sehingga ramalan terhadap jalannya persalinan dapat ditentukan.

Ukuran-ukuran panggul yaitu :

##### 1) Ukuran-ukuran luar panggul

(a) Distansia spinarum : jarak antara kedua spina iliaca anterior superior (24-26 cm).

(b) Distansia cristarum : jarak antara kedua crista iliaca sinistra dekstra (28-30 cm).

(c) Konjugata eksterna(distansia boudeloque) : diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas symfisis pubis (18-20 cm).

(d) Lingkar panggul : jarak antara tepi atas symfisis pubis ke pertengahan antara trockhater dan spinailika anterior superior kemudian ke lumbal ke-5 kembali ke sisi sebaliknya sampai kembali ke tepi atas symfisis pubis (80-90 cm).

2) Ukuran-ukuran dalam panggul

(a) PAP (Pintu Atas Panggul)

Adalah suatu bidang yang dibentuk oleh promontorium, line inominata dan pinggir atas simfisis pubis.

(1) Konjugata vera : dengan periksa dalam diperoleh konjugata diagonalis yaitu jarak dari tepi bawah simfisis pubis ke promontorium (12,5 cm) dikurangi 1,5-2 cm.

(2) Konjugata transversa : jarak terlebar antara kedua linea inominata (12-13 cm).

(3) Konjugata oblique (miring) : jarak antara artikolasiosakro iliaka dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelah 12 cm.

(4) Konjugata obstetrica : jarak bagian tengah simfisis ke promontorium.

(b) Ruang tengah panggul :

(1) Bidang luas panggul : bidang yang mempunyai ukuran paling besar, sehingga tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme turunnya kepala (12,75 cm), diameter transversa 12,5 cm.

(2) Bidang sempit panggul : bidang yang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah simfisis, spina ischiadika kanan kiri dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter antero-posterior 11,5 cm, diameter transversa 10 cm.

(c) PBP (Pintu Bawah Panggul)

(1) Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, yaitu diameter tuber ischiadikum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedangkan ujung segitiga depan arkus pubis.

(2) Diameter antero-posterior : ukuran dari tepi bawah simfisis ke ujung sacrum 11,5 cm.

(3) Diameter transversa : jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri 10,5 cm.

(4) Diameter sagitalis posterior : ukuran dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran transversa 7,5 cm.

(5) Inklinatio pelvis (kemiringan panggul) adalah sudut yang terbentuk antara bidang semu PAP (Pintu Atas Panggul) dengan garis lurus tanah sebesar 55-60°.

b) Jenis panggul

Pada panggul ukuran normal apapun jenis pokoknya, kelahiran pervaginam janin dengan berat badan yang normal tidak akan mengalami kesulitan dalam kelahiran. Karena pengaruh gizi, lingkungan atau hal – hal lain, ukuran – ukuran panggul dapat menjadi lebih kecil dari pada standart normal sehingga bisa terjadi kesulitan dalam persalinan pervaginam. Panggul yang sempit membuat kala II menjadi lama karena di perlukan waktu untuk turunnya kepala dan untuk moulage. Terutama kelainan pada panggul android dengan pintu atas panggul yang berbentuk segitiga berhubungan dengan penyempitan di depan dengan spina iskiadika menonjol kedalam dan dengan arkus pubis menyempit. Salah satu jenis panggul ini menimbulkan distosia yang sukar diatasi.

c) CPD ( Cephalopelvic disproportion)

Cephalopelvic disproportion adalah adanya partus macet yang disebabkan oleh ketidak sesuaian antara ukuran kepala janin dengan panggul ibu sehingga persalinan pervaginam tidak bisa berlangsung. Saat ini sudah jarang, sebagian besar disproporsi berasal dari malposisi kepala janin dalam panggul atau gangguan kontraksi uterus.

1) Kelainan jalan lahir lunak

Jalan lahir lunak dapat menghalangi lancarnya persalinan. Tidak jarang distosia disebabkan adanya kelainan dari jaringan lunak urogenital. Keadaan yang sering dijumpai adalah distosia yang disebabkan oleh tumor ovarium yang mengisi jalan lahir.

2) Perut gantung

Perut gantung dijumpai pada multipara atau grandemultipara karena melemahnya dinding perut.

Uterus membengkok ke depan sedemikian rupa, sehingga letak fundus uteri dapat lebih rendah dari pada simfisis. Makin tua kehamilan, uterus makin bertambah ke depan sehingga fundus uteri lebih rendah dari simfisis. Akibatnya terjadi kesalahan letak janin, kepala janin tidak masuk ke ruang panggul sehingga pada

proses persalinan pada kala I maupun kala II akan terganggu (Wiknjosastro,2008:40-48).

## 2. *Passanger* (janin)

### a) Janin besar

Dikatakan bayi besar adalah bayi memiliki berat badan melebihi 10 pound (4,536 gram) pada saat lahir, karena ukuran yang besar sangat menyulitkan kelahiran. Implikasi makrosomia bagi ibu melibatkan distensi uterus, yang menyebabkan peregangan yang berlebihan pada serat-serat uterus, menyebabkan disfungsi persalinan, kemungkinan rupture uterus, dan peningkatan insiden perdarahan post partum. Persalinan dapat menjadi lebih lama dan tindakan operasi pada saat melahirkan menjadi lebih memungkinkan.

Pada janin besar, faktor keturunan memegang peranan sangat penting dijumpai pada wanita hamil dengan diabetes militus, pada postmaturitas dan pada grandemultipara. Kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau kepala yang lebih keras tidak dapat memasuki pintu atas panggul, atau karena bahu yang lebar sulit melalui rongga panggul.

Pada makrosomia (berat badan janin lahir  $\geq$  4500gr) menyebabkan distosia bahu di mana terjadi

kegagalan bahu untuk melipat ke dalam panggul disebabkan oleh fase aktif dan persalinan kala II yang pendek pada multipara sehingga penurunan kepala yang terlalu cepat menyebabkan bahu tidak melipat pada saat melalui jalan lahir.

b) Berat Badan Janin

1) Berat Badan Janin Normal

Berat badan janin dapat mempengaruhi proses persalinan kala II. Berat neonatus pada umumnya < 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram.

2) Kriteria janin cukup bulan yang lama kandungannya 40 pekan mempunyai panjang 48-50 cm dan berat badan 2750-3000 gram.

3) Pada persalinan cukup bulan (aterm) dengan lama kehamilan 37-42 memiliki berat anak > 2500 gram.

4) Bayi normal yaitu bayi yang mempunyai berat badan 2500-4000 gram, bayi berat lahir cukup dengan berat lahir > 2500 gram

5) Pada janin yang mempunyai berat lebih dari 4000 gram memiliki kesukaran yang ditimbulkan dalam persalinan adalah karena besarnya kepala atau besarnya bahu. Bagian paling keras dan besar dari janin adalah kepala, sehingga besarnya kepala janin mempengaruhi

berat badan janin. Oleh karena itu sebagian ukuran kepala digunakan Berat Badan (BB) janin

6) Berat badan janin normal adalah 2500-4000 gram.

c) Kelainan letak, presentasi atau posisi

1) Presentasi dahi

Keadaan dimana kedudukan kepala berada di antara fleksi maksimal dan defleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Pada dasarnya merupakan kedudukan yang bersifat sementara, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi muka atau presentasi belakang kepala. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba sutura frontalis, yang bila diikuti pada ujung yang satu diraba ubun-ubun besar dan pada ujung lain teraba pangkal hidung dan lingkaran orbita. Pada presentasi dahi ini mulut dan dagu tidak dapat diraba. Pada proses persalinan membutuhkan waktu lama dan hanya 15% berlangsung spontan.

2) Presentasi muka

Presentasi muka adalah keadaan di mana kepala dalam kedudukan defleksi maksimal, sehingga oksiput tertekan pada punggung dan muka merupakan bagian terendah menghadap ke bawah, dikatakan presentasi

muka sekunder bila baru terjadi pada waktu persalinan. Pada pemeriksaan dalam bila muka sudah masuk ke dalam rongga panggul, jari pemeriksa dapat meraba dagu, mulut, hidung dan pinggir orbita. Presentasi ini dapat ditemukan pada panggul sempit atau pada janin besar, multiparitas dan perut gantung. Kesulitan kelahiran pada presentasi muka dengan posisi mento posterior ini disebabkan karena kepala sudah berada dalam defleksi maksimal dan tidak mungkin menambah defleksinya lagi, sehingga kepala dan bahu terjepit dalam panggul dan persalinan tidak akan maju. Kesulitan persalinan dapat terjadi karena adanya kesempitan panggul dan janin yang besar yang menyebabkan presentasi muka.

### 3) Posisi oksiput posterior persistens

Adalah keadaan dimana ubun-ubun kecil tidak berputar ke depan, sehingga tetap di belakang. Penyebabnya ialah usaha penyesuaian kepala terhadap bentuk dan ukuran panggul. Contohnya otot-otot dasar panggul yang sudah lembek pada multipara sehingga tidak ada paksaan pada belakang kepala janin untuk memutar ke depan atau pada panggul android yang diameter anteroposterior panggul lebih panjang dari

diameter transversa atau segmen depan menyempit seperti pada panggul android maka ubun-ubun kecil akan mengalami kesulitan memutar ke depan (Wiknjosastro,2008:49-53).

### 3. *Power*

#### a) His (kontraksi uterus)

His adalah kontraksi uterus (uterine contraction) selama atau pada saat persalinan. His yang sempurna mempunyai kekuatan paling tinggi di fundus uteri pada kala II his menjadi lebih efektif, terkoordinasi, simetris dengan fundal dominan, kuat dan lebih lama 60-90 detik. Pada akhir kala I atau kala II, jumlah kontraksi adalah 3-4 kali tiap 10 menit (2-3 menit sekali) dengan intensitas 50-60 mmHg.. Sifat-sifat his yang baik adalah :

- 1) Teratur
- 2) Makin lama makin sering, intensitas makin kuat, durasi makin lama
- 3) Ada dominansi fundus.
- 4) Menghasilkan pembukaan dan atau penurunan kepala.

His yang tidak normal dalam kekuatan dan sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir saat persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.

Secara teoritis kelainan his dibagi menjadi :

1) Inersia uteri primer

Adalah kontraksi uterus lebih lama, singkat dan jarang dari pada biasa. Keadaan penderita biasanya baik dan rasa nyeri tidak seberapa. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak banyak bahaya, baik bagi ibu maupun bagi janin, kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama, hal ini meningkatkan morbiditas dan mortalitas janin.

2) Inersia uteri sekunder

Adalah timbul setelah berlangsungnya his kuat untuk waktu lama. Ditemukan pada wanita yang tidak diberi pengawasan baik waktu persalinan. Inersia uteri menyebabkan persalinan akan berlangsung lama dengan akibatnya pada ibu dan janin

3) Incoordinate uterine action

Adalah his berubah, tonus otot uterus meningkat di luar his dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak adanya sinkronasi antara kontraksi bagian-bagiannya. Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Kadang-kadang persalinan lama dengan ketuban yang sudah lama pecah,

menyebabkan penyempitan kavum uteri yaitu pada lingkaran kontraksi. Dapat diketahui dengan pemeriksaan dalam dan pembukaan yang sudah lengkap. Menyebabkan persalinan tidak maju karena distosia servikalis. Pada primigravida kala I. menjadi lebih lama, menyebabkan terjadinya lingkaran kekejangan yang mengakibatkan persalinan tidak maju.

(a) Umur Ibu

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia di bawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi dari pada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali sesudah usia 30-35 tahun.

Di bawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia dibawah 16 tahun insiden preeclampsia sedangkan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden hipertensi kronis dan persalinan yang lama pada multiipara.

(b) Paritas

Adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup. Paritas mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Pada multipara dominasi fundus uteri lebih besar dengan kontraksi uterus lebih besar dengan kontraksi lebih kuat dan dasar panggul yang lebih rileks sehingga bayi lebih mudah melalui jalan lahir dan mengurangi lama persalinan. Namun pada grand multipara, semakin semakin banyak jumlah janin, persalinan secara progresif lebih lama. Hal ini diduga akibat kelelahan pada otot-otot uterus . Semakin tinggi paritas insiden plasenta previa, perdarahan, mortalitas ibu dan mortalitas perinatal juga meningkat (Varney, 2008:691).

**D. Tanda-tanda Persalinan**

Pengetahuan tentang persalinan dan tanda-tanda persalinan diharapkan akan mengurangi kecemasan, dan meningkatkan kemampuan ibu untuk beradaptasi terhadap ketidaknyamanan yang timbul selama proses persalinan (Saiffudin, 2009:296).Tanda-tanda persalinan antara lain:

1. Kontraksi yang teratur setiap 10-15 menit

Pada bulan terakhir dari kehamilan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi rahim yang disebut his pendahuluan atau his palsu, yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan daripada kontraksi Braxton Hicks. His pendahuluan ini tidak teratur dan menyebabkan nyeri diperut bagian bawah lipat paha tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. Lamanya kontraksi pendek dan tidak bertambah kuat bila dibawa berjalan, malahan sering berkurang. His pendahuluan tidak bertambah kuat dengan majunya waktu bertentangan dengan his persalinan yang semakin kuat. Yang paling penting adalah bahwa his pendahuluan tidak mempunyai pengaruh pada serviks (Saiffudin, 2009:296).

2. Keluar lender bercampur darah

Selama kehamilan bayi tersumbat dalam rahim oleh gumpalan lender yang lengket pada leher rahim. Saat persalinan dimulai dan serviks mulai membuka, gumpalan mucus tadi terhalau. Pada saat bersamaan membrane yang mengelilingi bayi dan cairan amniotic agak memisah dari dinding rahim. Penampakan dari darah dan mucus yang keluar tampak bagai cairan lengket berwarna merah muda, hal ini bisa kita lihat sebelum muncul tanda-tanda persalinan lainnya

Apa yang harus dilakukan:

Pengeluaran darah dan lendir dapat terjadi beberapa hari sebelum persalinan, jadi tunggulah sampai terdapat mendapatkan kontraksi yang teratur atau air ketuban pecah, sebelum pergi bidan atau kerumah sakit. Anda harus menghubungi dokter bila terjadi pendarahan hebat.

### 3. Ketuban Pecah

Pada beberapa kasus membrane masih utuh hingga akhir tahap pertama persalinan. Kemudian desakan kontraksi dan tekanan kepala bayi pada mulut servik menyebabkan pecahnya membrane. Saat kebocoran dimulai, bisa dirasakan seperti semburan air atau hanya rembesan, namun sebenarnya pecahnya membrane takkan terasa karena membrane tidak memiliki saraf. Seringkali pada ketuban pecah ini ibu merasakan seperti mengompol, namun untuk memastikan apa yang keluar melalui jalan lahir tersebut apakah urin atau cairan ketuban dari baunya. Urin biasanya mempunyai bau yang khas, demikian halnya dengan cairan ketuban namun cairan ketuban ini berbau anyir.

Saat ketuban pecah maka akan keluar cairan ketuban melalui jalan lahir, selama masa perjalanan menuju ke tenaga kesehatan sebaiknya gunakan pembalut untuk menampung cairan yang keluar untuk mengurangi ketidaknyamanan bagi ibu (Saiffudin, 2009:297).

#### 4. Dilatasi serviks (leher rahim)

Agar anak dapat keluar dari rahim maka perlu terjadi pembukaan dari servik. Pembukaan servik ini biasanya didahului oleh pendataran dari servik. Yang dimaksud dengan pendataran servik adalah pemendekan dari canalis cervicalis, yang semula berupa sebuah saluran yang panjangnya 1-2 cm, menjadi suatu lubang saja dengan pinggir yang tipis. Sebetulnya pendataran servik sudah dimulai dalam kehamilan dan servik yang pendek ( lebih dari setengahnya telah merata) merupakan tanda dari servik yang matang. Pelebaran leher rahim ini hanya bisa dilihat melalui pemeriksaan dalam oleh tenaga kesehatan baik bidan maupun dokter yang akan membantu persalinan. Persalinan akan dimulai ketika serviks sudah membuka lengkap. Yang dimaksud pembukaan servik adalah pembesaran dari ostium externum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjaadi lubang yang dapat dilalui anak, kira-kira 10 cm. Jadi pembukaan dianggap lengkap jika telah mencapai ukuran 10 cm (Saiffudin, 2009:297).

#### **E. Proses Persalinan**

Persalinan dibagi menjadi empat kala yang berbeda. Kala I persalinan mulai ketika telah tercapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendataran dan dilatasi serviks yang progresif. Kala dua persalinan

dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap dan berakhir ketika janin sudah lahir. Kala tiga persalinan dimulai segera setelah janin lahir, dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban janin (Sulistyawati, 2010:7)

### 1. Kala I

Pada permulaan his, kala pembukaan tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut, maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.

Menurut Wiknjastro (2008:40), kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala I persalinan terdiri atas 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

#### 1. Fase laten

Fase laten pada kala satu persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.

## 2. Fase aktif

Fase aktif pada kala satu persalinan memiliki frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multigravida). Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Fase aktif dibagi dalam tiga fase lagi, yaitu:

- a) Fase akselerasi yaitu berlangsung dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal yaitu berlangsung dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat lagi, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm atau lengkap.

Fase di atas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida tahapannya sama namun waktunya lebih cepat untuk setiap fasenya. Kala 1 selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida berlangsung kira-

kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (Sulistyawati, 2010:8).

Tabel 2.6  
Diagnosis kala dan fase persalinan

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

Sumber : Abdul Bari Saifuddin G.H, 2010, Halaman 102

## 2. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan

buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi di luar his. Dengan kekuatan his dan mengedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi (Kusmiyati, 2009: 6).

Tabel 2.4

Rerata durasi kala satu dan kala dua persalinan

	Tanpa Anestesi	Konduksi	Konduksi Anestesi	
	Kala Satu (jam)	Kala Dua (menit)	Kala Satu (jam)	Kala Dua (menit)
Rerata nulipara	8,1	54	10,2	79
Rerata multipara	5,7	19	7,4	45

Sumber : (Helen Varney J. M., 2007).

### 3. Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Lama kala III untuk primi maupun multigravida adalah 10 menit (Manuaba, 2010:174-175). Pada kala III persalinan, miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan plasenta menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran

plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina. Tanda-tanda lepasnya plasenta yaitu perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang, dan semburan darah mendadak dan singkat. Kala III dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjastro, 2008:99).

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus terasa keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam 10 vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi baru lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc. Cara pengeluaran plasenta ada beberapa macam dijelaskan pada halaman berikutnya:

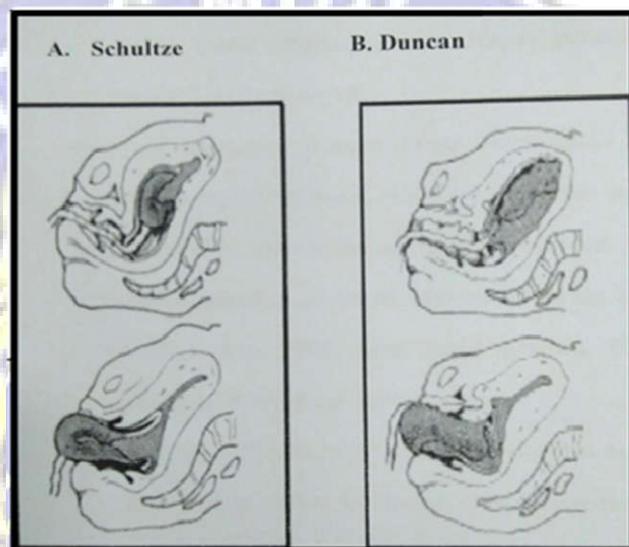
a) Schultze

Plasenta terlepas pada bagian tengah, lalu terjadi hematoma retroplasenta yang menolak uri, mula-mula

bagian tengah kemudian seluruhnya. Perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir (Wiknjosastro, 2008:99).

b) Duncan

Lepasnya plasenta mulai dari pinggir. Jadi bagian pinggir uri lahir terlebih dahulu. Darah akan mengalir keluar di antara selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008:100).



Gambar 2.13  
Mekanisme pelepasan plasenta  
Sumber : Daniel E, 2016

4. Kala IV

Menurut Wiknjosastro (2008:95) kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir 2 jam setelah itu. Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan *postpartum* paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan

pernapasan, kontraksi uterus terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

#### **F. Kebutuhan Ibu Bersalin**

Asuhan intrapartum merupakan asuhan yang diberikan kepada ibu yang sangat memengaruhi angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir, karena dengan dilakukannya asuhan intrapartum yang tepat akan dapat mencegah sebagian besar penyebab kesakitan dan kematian ibu. Menurut Rohani (2011:115-126), ada lima kebutuhan wanita bersalin yang dijelaskan sebagai berikut :

##### **1. Asuhan Tubuh dan Fisik**

Asuhan yang dapat diberikan adalah :

- a) Menjaga kebersihan diri dengan cara menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya tetap bersih dan kering. Mandi di bak/*shower* dapat menjadi sangat menyegarkan dan menimbulkan rasa santai, dan merasa sehat.
- b) Berendam, berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan.
- c) Ibu yang sedang ada dalam proses persalinan biasanya napasnya berbau, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan kering terutama jika dalam persalinan selama beberapa jam

tanpa cairan oral dan tanpa perawatan mulut. Perawatan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

(a) Menggosok gigi: ibu bersalin harus diingatkan untuk membawa sikat dan pasta gigi ke rumah sakit/rumah bersalin untuk digunakan selama persalinan.

(b) Mencuci mulut: dengan pemberian produk pencuci mulut sebagai tindakan untuk menyegarkan napas.

(c) Pemberian gliserin: untuk menghindari terjadinya kekeringan pada bibir, dapat digunakan gliserin dengan cara mengusap bibirnya.

(d) Pemberian permen untuk melembapkan mulut dan tenggorokan, untuk mencegah aspirasi sebaiknya anjurkan untuk mengonsumsi permen lollipop.

d) Pengipasan, ibu bersalin biasanya banyak mengeluarkan keringat, bahkan pada ruang persalinan dengan kontrol suhu terbaik pun mereka akan mengeluh berkeringat pada beberapa waktu tertentu.

## 2. Kehadiran Seorang Pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yaitu mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi.

Kebanyakan ibu bersalin sulit untuk mengemukakan pertanyaan secara langsung pada penolong persalinan pada saat bersalin. Kehadiran seorang pendamping memungkinkan penolong ibu bersalin untuk memiliki rasa percaya diri lebih besar untuk bertanya secara langsung atau melalui pendamping tersebut.

### 3. Pengurangan Rasa Nyeri

Nyeri dalam persalinan dapat dikendalikan dengan 2 metode, yaitu farmakologis dan nonfarmakologis.

a) Metode pengendalian nyeri persalinan secara nonfarmakologis bisa dilakukan dengan jalan kompres panas, kompres dingin, hidroterapi, *counterpressure* (peremasan pada kedua pinggul), penekanan lutut, menggerak-gerakkan tubuh secara berirama, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernapasan, usapan di punggung atau abdomen, pengosongan kandung kemih.

b) Metode pengendalian nyeri persalinan secara farmakologis yaitu dengan menggunakan obat sedatif (misalnya golongan barbiturat) dan opioid (misalnya morfin).

### 4. Penerimaan Terhadap Sikap dan Perilakunya

Asuhan yang harus diberikan adalah pemberian dukungan mental dan penjelasan kepada ibu bahwa rasa sakit yang ia alami

selama persalinaan merupakan suatu proses yang harus dilalui dan diharapkan ibu tenang dalam menghadapi persalinaan.

#### 5. Informasi dan Kepastian Tentang Hasil Persalinaan yang Aman

Setiap ibu bersalin selalu ingin mengetahui apa yang terjadi pada tubuhnya. Dalam menghadapi hal itu kita bisa memberikan penjelasan pada ibu tentang proses dan perkembangan persalinaan, menjelaskan semua hasil pemeriksaan, melakukan usaha pengurangan rasa takut akan menurunkan nyeri akibat ketegangan dari rasa takut, serta menjelaskan tentang prosedur dan adanya pembatasan, hal ini memungkinkan ibu bersalin merasa aman dan dapat mengatasinya secara efektif (Rohani, 2011:126).

#### G. Lima Benang Merah

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinaan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinaan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah:

##### 1. Membuat keputusan klinik

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

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

- a) Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
  - b) Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
  - c) Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi/ dihadapi
  - d) Menilai adanya kebutuhan dan kesepian intervensi untuk mengatasi masalah.
  - e) Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
  - f) Melaksanakan asuhan/ intervensi terpilih.
  - g) Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi (Wiknjastro. 2008 :5-6).
2. Asuhan sayang ibu dan bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membayangkan mengenai asuhan sayang ibu adalah dengan menanyakan pada diri kita sendiri, “ Seperti inilah asuhan yng ingin saya dapatkan?” atau “Apakah asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil”.

Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

a) Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- 2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga.
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaannya dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tentramkan hati ibu beserta anggota-anggota keluarganya.
- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 8) Ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan dukungan ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.

- 9) Secara konsisten lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik.
- 10) Hargai prevasi ibu.
- 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- 12) Anjurkan ibu untuk minum dan makan makanan ringan sepanjang ia menginginkannya.
- 13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu.
- 14) Hindari tindakan berlebihan dan mungkinkan membahayakan seperti episiotomi, pencukurn dan klisma.
- 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin.
- 16) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir.
- 17) Siapkan rencana rujukan (bila perlu).
- 18) 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 bayi

b) Asuhan sayang ibu dan bayi pada masa pasca persalinan

- 1) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung).
- 2) Bantuan ibu untuk mulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai dengan permintaan.
- 3) Ajarkan ibu dan keluarganya tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.
- 4) Anjurkan suami dan anggota keluarganya untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi.
- 5) Anjurkan ibu dan anggota keluarganya tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir (Wiknjosastro. 2008 : 12-13).

3. Pencegahan infeksi

a) Prinsip pencegahan infeksi

- 1) Beberapa definisi dalam pencegahan infeksi antarlain:

(a) Antisepsis

Antisepsis adalah usaha mencegah infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan

mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh lainnya.

(b) Asepsis atau teknik aseptik

Adalah semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh yang mungkin akan menyebabkan infeksi.

Caranya adalah menghilangkan atau menurunkan jumlah mikroorganisme pada kulit, jaringan, dan benda-benda mati hingga tingkat aman.

(c) Dekontaminasi

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

Rumus untuk membuat Larutan Klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair

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

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering

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

(d) Desinfeksi

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

(e) Desinfeksi tingkat tinggi (DTT)

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

(f) Mencuci dan membilas

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

(g) Sterilisasi

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

2) Prinsip pencegahan infeksi yang efektif berdasarkan:

a) Setiap orang (ibu, bayi baru lahir, penolong persalinan) harus dianggap dapat menularkan penyakit karena infeksi yang terjadi bersifat asimtomatik (tanpa gejala).

b) Setiap orang harus dianggap beresiko terkena infeksi.

c) Permukaan tempat pemeriksaan, peralatan dan benda-benda lain yang akan dan telah bersentuhan dengan kulit tak utuh, selaput mukosa, atau darah harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar.

d) Jika tidak diketahui apakah perlukaan, peralatan atau benda-benda lainnya telah diproses dengan benar, harus dianggap telah terkontaminasi.

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

3) Tindakan-tindakan pencegahan infeksi meliputi:

- a) Cuci tangan
- b) Memakai sarung tangan
- c) Memakai perlengkapan pelindung
- d) Menggunakan aseptis atau teknik aseptik.
- e) Memproses alat bekas pakai.
- f) Menangani perlatan tajam dengan aman.
- g) Menjaga kebersihan dan kerapihan lingkungan serta pembuangan sampah secara benar.

b) Pengendalian infeksi

1) Cuci tangan

(a) Mencuci tangan bersih

(b) Mencuci tangan steril

(c) Pelindung mata

(d) Menggunakan masker

(e) Memakai sarung tangan steril

2) Pemrosesan alat bebas pakai

(a) Dekontaminasi

(b) Pencucian dan pembilasan

(c) Desinfeksi tingkat tinggi dan sterilisasi

3) Penanganan sampah

4. Pencatatan (Rekam Medik) asuhan persalinan

Pencatatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan (Wiknjosastro. 2008 : 32).

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan (Saifuddin, 2009:104). Penerapan partograf ditujukan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinan pervaginam. Dengan memerhatikan garis waspada dan garis tindakan sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157).

Untuk menggunakan partograf dengan benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut :

- a) Denyut jantung janin. Batas normal antara 120-160x/menit. Penilaian denyut jantung janin dilakukan setiap  $\frac{1}{2}$  jam selama 1 menit.

b) Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, M air ketuban bercampur mekoneum, D air ketuban bernoda darah. Dan K bila air ketuban minimal atau kering.

c) Molase (penyusupan tulang kepala janin). Dalam Saifuddin (2010:319), penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Catat temuan setiap kali melakukan pemeriksaan dalam menggunakan lambang-lambang berikut:

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

d) Pembukaan mulut rahim. Dinilai pada setiap pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x). (Saifuddin, 2009:104).

e) Penurunan bagian terbawah janin. Dibagi menjadi 5 kategori dengan simbol 5/5 sampai 0/5. Simbol 5/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis, sedangkan simbol 0/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi diatas simfisis pubis. Beri tanda (o) pada garis waktu yang sesuai. (Saifuddin, 2010: 320).

f) Jam dan waktu. Dalam Saifuddin (2010:320) dijelaskan dibagian bawah partograf, tertera kotak-kotak diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

g) Kontraksi uterus. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik. Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

1) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik.

2) Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.

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

(Saifuddin, 2010:321)

4) Oksitosin. Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit. (Saifuddin, 2009: 104).

5) Obat-obatan lain dan cairan I.V. Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan I.V. dalam kotak yang sesuai. (Saifuddin, 2010:322).

6) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh ibu. Dalam Saifuddin (2010:322), angka disebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

7) Protein, aseton dan volume urin. Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009:104)

## 5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih

lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanakan kasus gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir seperti:

- a) Pembedahan, termasuk bedah sesar
- b) Transfusi darah
- c) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cunam
- d) Pemberian antibiotik intravena
- e) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bayi baru lahir.

Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi.

#### 1) B (Bidan)

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

#### 2) A (Alat)

Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas dan BBI (tabung suntik, selang iv, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ketempat

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

3) K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi memerlukan rujukan. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan BBI hingga ke fasilitas rujukan.

4) S (Surat)

Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBI, cantumkan alasan rujukan dan uraian hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu atau BBI. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik.

5) O (Obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin diperlukan dalam perjalanan.

6) K (Kendaraan)

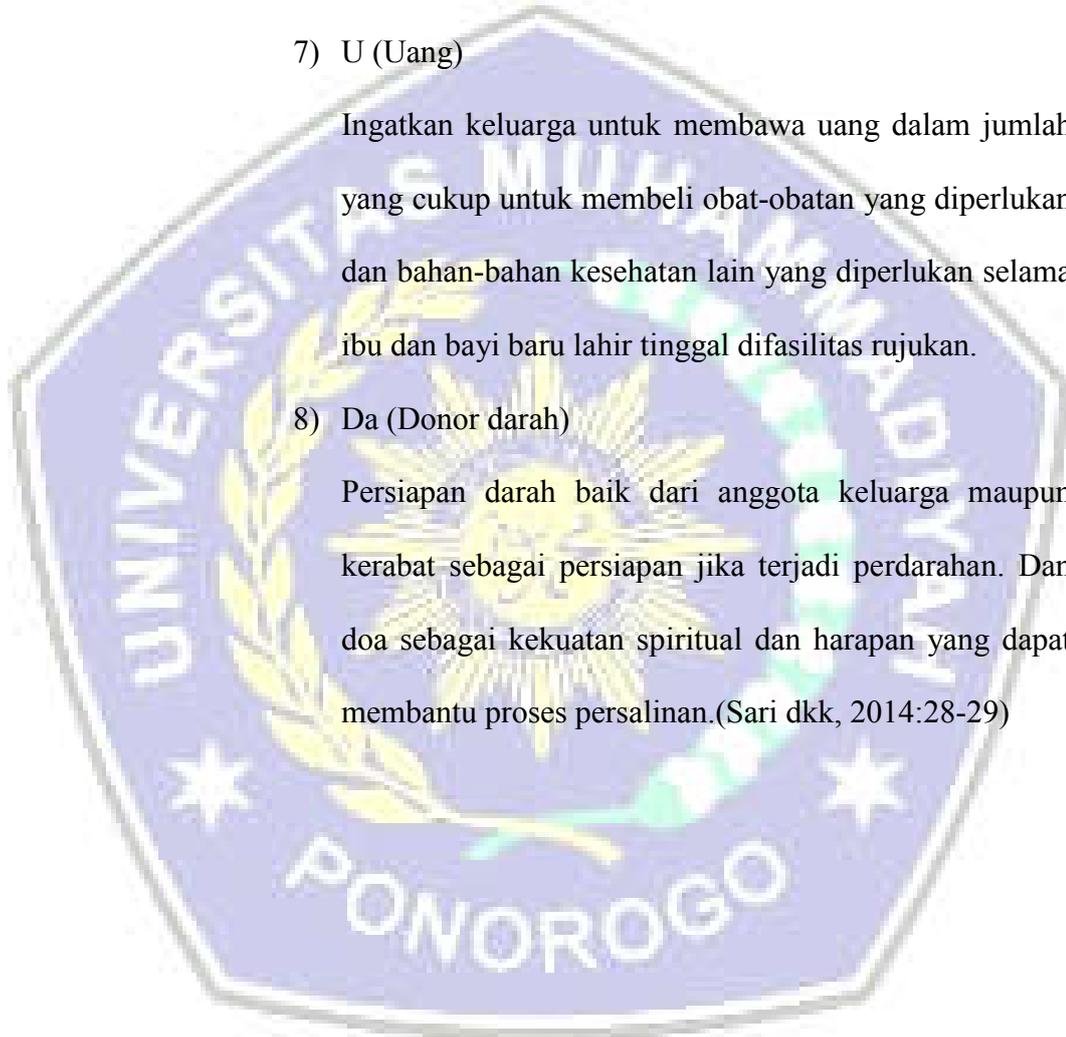
Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat.

7) U (Uang)

Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan bayi baru lahir tinggal difasilitas rujukan.

8) Da (Donor darah)

Persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan. Dan doa sebagai kekuatan spiritual dan harapan yang dapat membantu proses persalinan. (Sari dkk, 2014:28-29)



### 2.1.3 KONSEP DASAR NIFAS

#### A. Pengertian Nifas

Masa nifas (periperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha,2009:2).

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu tau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut *invulusi* (Wiknjostro,2008:237)

#### B. Proses Masa Nifas

##### 1. Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Diantara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot

rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah akan terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilicus. Setelah 1 minggu kemudian beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini dianggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal dengan berat 30 gram dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan (Saleha,2009:3).

2. Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relative encer, Karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (hb) akan tampak sedikit menurun dariangka normal sebesar11-12gr%. Setelah melahirkan,sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-15 pasca persalinan (Saleha,2009:3).

3. Proses laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta menfandung hormone penghambat prolactin (hormone

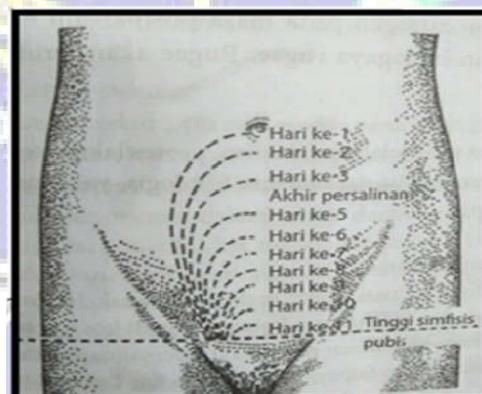
plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon-hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehinggaterjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Nmaun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi,karena mengandung zat kaya gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha, 2009:4).

### C. Perubahan Fisiologi Pada Masa Nifas

#### 1. Perubahan Sistem Reproduksi

##### a) Involusi uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.



Gambar 2.14

Tinggi Fundus Uteri Setelah Melahirkan

Sumber : Marliandiani dkk, 2015 : 38

Tabel 2.7

## Perubahan Uterus Masa Nifas

No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi Pusat	1.000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Plasenta Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	Satu Minggu	Peretengahan pusat sampai simfisis	500 gram	7,5 cm	2cm
4.	Dua Minggu	Tidak teraba diatas simfisis	300 gram	5 cm	1cm
5.	Enam Minggu	Bertambah Keci	60 gram	2,5 cm	menyempit

Sumber : (Kumalasari, 2015:156)

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut.

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

b) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dan dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada bagian vagina normal, lochea mempunyai bau amis anyir seperti darah menstruasi meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita . Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi. Berikut ini beberapa jenis lochea yang terdapat pada wanita masa nifas:

1) Lochea Rubra (Cruenta)

Lochea Rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks caseosa, lanugo, mekonium selama 2 hari pascapersalina. Inilah lochea yang akan keluar selama dua sampai tiga hari postpartum.

2) Lochea Sanguinolenta

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

3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/lacerasi plasenta. Munculnya pada hari ke 7 sampai ke 14 post partum.

#### 4) Lochea Alba/Putih

Lochea alba adalah lochea yang terakhir. Dimulai dari ke 14 kemudian makin lama makin sedikit sehingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

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

#### c) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai, dan bentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks

tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetapi ada retak-retak, dan robekan-robekan pada pinggirnya terutama pada pinggir samping.

d) Perubahan vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta perenggangan yang besar selama proses melahirkan bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan gendur. Setelah 3 Minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol.

Pada masa nifas, biasanay terdapat luka-luka jalan lahir. Luka pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya), kecuali apabila terdapat infeksi. Infeksi

mungkin menyebabkan sellulitis yang dapat menjalar sampai menjadi sepsis.

e) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada post natal hari ke 5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonus nya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum lahir.

f) Payudara (Mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan, proses laktasi terjadi alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi, yaitu produksi susu dan sekresi atau let down.

2. Sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami obstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemorroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 sampai

3 hari dapat ditolong dengan pemerian huknah atau gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain.

### 3. Sistem Perkemihan

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

### 4. Sistem Muskulosketetal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus yang akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan selama plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, difragma pelvis serta fasia yang merenggang pada waktu persalinan secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandunganya turun” setelah melahirkan karena ligamen, fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna menjadi 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat plastik kulit dan

distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan tertentu atau senam nifas.

## 5. Sistem Endokrin

### a) Hormon Plasenta

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

### b) Hormon pituitary

Menurunan kadar estrogen merangsang kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon yang berperan dalam pembesaran payudara dan merangsang produksi ASI.

### c) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Kadar prolaktin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada wanita menyusui kadar prolaktin tetap eningkatkan sampai minggu keenam setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh

kekerapan menyusui, lama tiap kali menyusui dan banyak makanan tambahan yang akan diberikan. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ibu mendapatkan menstruasi kembali.

d) Hormon estrogen dan progesterone

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

6. Sistem Integument

Pada waktu hamil terjadi pigmentasi kulit pada beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa kloasma gravidarum pada pipi, hiperpigmentasi kulit sekitar payudara, hiperpigmentasi kulit dinding perut (striae gravidarum). Setelah persalinan, hormonal berkurang dan hiperpigmentasi pun menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap yaitu striae albican.

7. Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, keadaan ini fibrinogen dan plasma sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga

meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukosit yang meningkat dimana jumlah sel darah putih mencapai 15000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa sampai 25000 sampai 30000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Kira-kira selama masa kelahiran dan post partum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4-6 minggu postpartum.

#### 8. Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400cc. Bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam haemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal 4-6 minggu.

#### 9. Perubahan tanda-tanda vital

##### a) Tekanan Darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik

dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pasca partum. Apabila denyut di atas 100 selama puerperium, haal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2008:961). Nadi berkisar antara 60-80 denyut per menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin adanya perdarahan berlebih atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan suhu tubuh, sedangkan pernafasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula.

c) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat Celsius. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5 derajat Celsius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat Celsius. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 derajat Celsius, mungkin terjadi infeksi pada klien. (Saleha, 2009:53-62)

## D. Penyulit Dan Komplikasi Masa Nifas

Masa nifas setelah dua jam lahirnya plasenta atau proses persalinan dari kala I sampai kala VI selesai. Berakhir proses persalinan bukan berarti itu terbebas dari bahaya atau komplikasi. Berbagai komplikasi dapat dialami ibu pada masa nifas dan bila tidak ditangani dengan baik akan memberikan kontribusi yang cukup besar terhadap tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia. Beberapa penyulit dan komplikasi yang sering dialami ibu selama masa nifas akan dibahas berikut ini.

### 1. Infeksi Nifas

#### a) Definisi

Infeksi nifas adalah peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme atau virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan masa nifas. Mikroorganisme penyebab infeksi nifas dapat berasal dari eksogen atau endogen. Beberapa mikroorganisme yang sering menyebabkan infeksi nifas adalah streptococcus, bacil coli dan staphylococcus. Macam-macam infeksi nifas diantaranya:

#### 1) Endometritis

Endometritis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini merupakan jenis infeksi yang sering terjadi pada masa nifas. Mikroorganisme masuk ke endometrium melalui luka bekas insersio plasenta dan dalam waktu singkat dapat menyebar ke seluruh endometrium.

Pada batas antara daerah yang meradang dan daerah yang tidak mengalami peradangan terdapat lapisan erdiri atas leukosit. Leukosit akan membuat pagar pertahanan yang diantaranya dengan mengeluarkan serum yang mengandung zat anti.

Manifestasi klinis atau gejala yang timbul pada ibu nifas yang mengalami endometritis tergantung dari jenis dan virulensi mikroorganisme, daya tahan tubuh penderita dan derajat trauma pada jalan lahir. Adakalanya lochea tertahan oleh darah, sisa-sisa plasenta dan selaput ketuban. Keadaan ini disebut dengan locheometra dan dapat menyebabkan terjadinya peningkatan suhu tubuh.

Pada endometritis yang tidak terlalu parah, di hari pertama penderita akan merasa kurang sehat dan mengalami nyeri perut. Mulai hari ke-3 terjadi peningkatan suhu tubuh, frekuensi nadi dan pernafasan

cepat. Namun dalam kurun waktu 1 minggu biasanya keadaan ini akan kembali normal bila tubh mmpu melawan mikroorganisme penyebab infeksi tersebut.

## 2) Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada peritoneum (Selaputdinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi akibat menyebarnay atau meluanya infeksi yang terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe. Berbeda dengan peritonitis umum, peritonitis ini biasanya hanya terbatas pada daerah pelvis sehingga gejalanya tidak seberat pada peritonitis umum.

Manifestasi klinik atau gejala pada ibu nifas yang mengalami peritonitis diantaranya adalah terjadi peningkatan suhu tubuh dan nyeri perut bagian bawah.

Sedangkan pada peritonitis umum, selain kedua gejala tersebut diatas juga ditambah dengan nadi cepat dan kecil, perut kembung, muka pucat, mata cekung, kulit muka dan akral dingin.

## 3) Mastitis

Mastitis adalah peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara atau mammae. Dalam masa nifas dapat terjadiinfeksi dan peradangan pada mammae, terutama

pada primipara. Penyebab infeksi yang paling sering adalah staphylococcus aureus. Manifestasi klinik atau tanda-tanda ibu yang mengalami mastitis adalah rasa panas dingin disertai dengan peningkatan suhu tubuh, lesu dan tidak ada nafsu makan, mammae membesar dan nyeri local, kulit merah, membengkak dan nyeri pada perabaan. Jika tidak segera ditangani dapat menjadi abses. Berdasarkan tempat infeksi dibedakan menjadi:

- (a) Mastitis yang menyebabkan abses dibawah aerola mammae
- (b) Mastitis ditengah-tengah mammae yang menyebabkan abses ditempat tersebut.
- (c) Mastitis pada jaringan dibawah dorsal dari kelenjar-kelenjar yang menyebabkan abses antara mammae dan otot-otot dibawahnya.

Mastitis dapat dicegah dengan melakukan perawatan yang benar pada mammae, terutama pada puting susu (aerola dan papilla mammae). Perawatan terdiri atas membersihkan puting susu dengan minyak (baby oil) untuk menghilangkan sisa-sisa jaringan kulit yang mengelupas dan sisa ASI yang sudah mengering. Bila terdapat luka atau lecet pada puting sebaiknya bayi jangan menyusu pada mammae bersangkutan. ASI

pada mammae tersebut dapat dikeluarkan dengan diperah/dipompa untuk mencegah terjadinya bendungan ASI.

#### 4) Thrombophlebitis

Thrombophlebitis adalah penjaralan infeksi melalui vena. Hal ini terjadi pada masa nifas karena terbukanya vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme patogen. Thrombophlebitis sering menyebabkan kematian karena mikroorganisme dapat dengan mudah dan cepat menjangkar ke seluruh tubuh melalui sistem peredaran darah dan menyebabkan infeksi pada organ tertentu. Dua golongan vena yang memegang peranan dalam menyebabkan thrombophlebitis yaitu:

- (a) Vena-vena dinding rahim ligamentum latum seperti vena ovarica, vena uterine, dan vena hipogastrika (Thrombophlebitis puvic). Vena ovarica merupakan vena yang paling sering meradang karena vena ini mengalirkan darah dari luka bekas plasenta. Penjaralannya yaitu dari vena ovarica kanan ke vena cava inferior.

(b) Vena-vena tungkai seperti vena femoralis, poplitea, dan saphena (Thrombophlebitis femoralis).

Peradangan pada vena ini berasal dari trombophlebitis vena saphena magna atau peradangan vena femoralis sendiri. Dapat juga terjadi karena aliran darah yang agak lambat di daerah lipat paha akibat vena tertekan lig.inguinale. Pada thrombophlebitis femoralis dapat terjadi odema ekstermitas bawah yang dimulai pada jari kaki dan naik ke kaki, betis, dan paha. Biasanya hanya 1 kaki yang bengkak, tapi dapat juga keduanya.

#### 5) Infeksi Luka Perineum

Infeksi luka perineum adalah infeksi yang terjadi akibat masuknya mikroorganisme ke dalam luka perineum. Luka pada perineum dapat terjadi karena episiotomy atau reupture/robek pada saat proses persalinan. Luka perineum yang mengalami infeksi akan terasa lebih nyeri, merah dan bengkak. Bila tidak segera ditangani luka tersebut akan melebar, terbuka dan mengeluarkan getah bernanah.

## 2. Perdarahan Post Partum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan yang terjadi pada jalan lahir yang volumenya lebih dari 500 ml dan berlangsung dalam 24 jam setelah bayi lahir. Menurut waktu terjadinya, perdarahan post partum dibagi menjadi 2 tahap, yaitu:

a) Post partum dini (Early post partum) atau disebut juga perdarahan post partum primer. Perdarahan pada post partum primer terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir.

b) Post partum lanjut (Late post partum) atau disebut juga perdarahan post partum sekunder. Terjadi setelah 24 jam pertama sejak bayi lahir. Perdarahan post partum dapat disebabkan oleh berbagai faktor, diantaranya:

### 1) Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan.

Penyebab atonia uteri anatar lain;

(a) Umur ibu yang terlalu muda (kurang dari 20 tahun) atau terlalu tua (lebih dari 40 tahun)

(b) Status paritas (multipara dan grande multi)

(c) Partus lama atau partus tak maju

(d) Uterus terlalau regang atau besar (pada kehamilan kembar atau bayi besar).

(e) Kelainan uterus

(f) Faktor social ekonomi yang berpengaruh terhadap status gizi ibu

## 2) Retensio plasenta

Retensio plasenta adalah suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir. Retensio plasenta sering juga diartikan sebagai tertahannya plasenta di dalam uterus. Retensio plasenta dapat terjadi karena kontraksi uterus tidak adekuat selama proses persalinan sehingga plasenta tidak dapat lepas dari dinding uterus atau implantasi plasenta yang terlalu dalam pada dinding uterus. Implantasi atau pelekatan plasenta pada dinding uterus dapat dibagi menjadi plasenta normal, plasenta adhesiva, plasenta inkreta, plasenta akreta dan plasenta prekreta.

## 3) Inversio Uteri

Inversio uteri adalah suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri. Penyebab inversion uteri adalah:

(a) Uterus lembek dan lemah (tidak berkontraksi)

(b) Grandemultipara

- (c) Kelemahan pada organ reproduksi (Tonus otot rahim yang lemah)
- (d) Meningkatnya Tekanan Intra Abdominal (akibat mengejan yang terlalu kuat atau batuk yang berlebihan)

Inversio uteri dibagi menjadi:

- (a) Inversio uteri ringan

Terbaliknya fundus uteri ke dalam cavum uterinamun belum keluar dari rongga rahim

- (b) Inversio uteri sedang

Fundus uteri terbalik menonjol ke cavum uteri dan sudah masuk ke dalam vagina

- (c) Inversio uteri berat

Uterus dan vagina dalam keadaan terbalik dan sebagian sudah keluar dari vagina.

- 4) Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir merupakan laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara disengaja (episiotomy) atau tidak disengaja. Robekan jalan lahir sering tidak diketahui sehingga tidak tertangani dengan baik. Penyebab perdarahan

posy partum yang kedua setelah retensio plasenta adalah robekan jalan lahir.

Tanda-tanda ibu yang mengalami robekan jalan lahir adalah perdarahan segar yang mengalir terjadi segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik, kadang ibu terlihat pucat, lemah dan menggigil akibat berkurangnya hemoglobin.

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

- (a) Tingkat 1 : Robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina atau tanpa mengenai kulit perineum
- (b) Tingkat 2 : Robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perineum transversal tapi tidak mengenai sphingterani.
- (c) Tingkat 3 : Robekan mengenai seluruh perineum dan otot sphingterani.
- (d) Tingkat 4 : Robekan sampai ke mukosa rectum.

(Wikjosastro, 2008:237-248)

### **E. Perubahan Psikologi pada Ibu Nifas**

Pada minggu pertama masa nifas merupakan masa yang rentang rentan bagi seorang ibu. Pada saat yang sama, ibu baru (primipara) mungkin frustrasi karena merasa tidak kompeten dalam

merawat bayi dan tidak mampu mengontrol situasi. Semua akan mengalami perubahan ini, namun penangan atau mekanisme koping yang dilakukan dari setiap wanita untuk mengatasinya pasti akan berbeda-beda. Hal ini dipengaruhi pola asuh dalam keluarga dimana wanita tersebut dibesarkan lingkungan dan adat istiadat setempat, suku, bangsa, pendidikan, serta pengalaman yang didapat. Perubahan hormonal yang sangat cepat setelah proses melahirkan juga ikut mempengaruhi keadaan emosi dan proses adaptasi ibu pada masa nifas). Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain adalah sebagai berikut:

1. Fase Taking In

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari ke dua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya.

Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan merupakan hal yang sering dikeluhkan oleh ibu. Pada fase ini kebutuhan istirahat, asupan nutrisi, dan komunikasi yang baik

harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa : kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belumbisa

menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

## 2. Fase 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 mengggendong, memandikan, memaang popok dan sebagainya.
- e) Pada masa ini ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- f) Pada tahap ini bidan harus tangggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif (Sulistyawati, 2009:88).

### 3. Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini (Sulistyawati, 2009:89)

## **F. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas**

### 1. Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang mengandung zat-zat yang berguna bagi tubuh ibu pasca melahirkan dan untuk mempersiapkan produksi ASI, bervariasi dan seimbang, terpenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, zat besi, vitamin dan mineral untuk mengatasi anemia, cairan dan serat untuk memperlancar ekskresi.

Nutrisi yang dikonsumsi harus bermutu tinggi, bergizi dan mengandung cukup kalori yang berfungsi untuk memproses metabolisme tubuh. Kalori wanita dewasa yang sehat dengan berat badan 47 Kg diperkirakan sekitar 2.200 kalori/hari. Ibu yang berada dalam masa nifas dan menyusui membutuhkan kalori yang sama dengan wanita dewasa, ditambah 700 kalori pada 6 bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan 500 kalori pada bulan ke tujuh dan selanjutnya (Martalia, 2014:47)

## 2. Ambulasi

Ambulasi dini ialah kebijakan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu post partum bangun dari tempat tidur selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu postpartum sudah di perbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum.

Keuntungan early ambulation adalah sebagai berikut :

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- b) Faal usus dan kandung kemih lebih baik
- c) Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih dirumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian, dan memberi makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (social ekonomi).

Menurut penelitian-penelitian yang saksama, early ambulation tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapses atau retrotextio uteri.

Early ambulation tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya.

Penambahan kegiatan dengan early ambulation harus berangsur-angsur, jadi bukan maksudnya ibu segera setelah bangun dibenarkan mencuci, memasak, dan sebagainya.

### 3. Eliminasi

#### a) Buang air kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum.

Jika 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100cc, maka dilakukan kateterisasi.

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkeih (retensio urine) pada ibu postpartum :

- 1) Berkurangnya tekanan abdominal.
- 2) Otot-otot perut masih lemah.
- 3) Edema dan uretra
- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitif.

#### b) Buang air besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga juga belum BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal, jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bias BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

### 4. Personal Hygiene

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

mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk mencegah kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut :

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
  - b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar pembalut setidaknya 2x sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan keringkan dibawah matahari dan disetrika.
  - c) Sarankan, ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
  - d) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.
5. Istirahat dan tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut:

- a) Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebih.

- b) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:
  - 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
  - 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
  - 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

#### 6. Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual dilakukan oleh ibu nifas harus memenuhi syarat sebagai berikut ini:

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

## 7. Latihan dan Senam Nifas

Setelah persalinan terjadi involusi hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengkencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. Untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut ini:

- a) Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal, karena hal ini akan membuat ibu merasa lebih kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.
- b) Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu
  - 1) Dengan tidur terlentang dan lengan disamping, tarik otot perut selagi menarik nafas, tahan napas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1 sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.
  - 2) Untuk membuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukanlah latihan keagel.

- c) Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- d) Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali. (Saleha, 2009:71-76)

### **G. Tanda Bahaya Masa Nifas**

1. Perdarahan Post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya di bagi atas 2 bagian
  - a) Perdarahan post partum primer (Early Post Partum Hemorrhage) yang terjadi dalam 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 15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta.

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.

## 2. Sub-Involusi Uterus ( Pengecilan Rahim Yang Terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim

dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi

40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang atau terganggu disebut Sub-Involusi.

Faktor penyebab Sub-involusi antara lain : sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri.

Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan (Prawirohardjo, 2009:64).

## 3. Infeksi Pada 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.

#### 4. Keadaan Abnormal Pada Payudara

- a) Bendungan ASI : disebabkan oleh penyumbatan saluran Keluhan mammae bengkak, keras, dan terasa panas sampai badan meningkat.
- b) Mastitis dan Abses Mammae Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada mammae, pematatan mammae dan terjadi perubahan warna kulit mammae (Haryani, 2010: 108).

#### **H. Jadwal Kunjungan Ibu Masa Nifas**

1. Pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter 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 secara umum
  - 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 Eksklusif
- g) Pemberian kapsul Vit.A
- h) Pelayanan kontrasepsi Pasca Persalinan
- i) Konseling
- j) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu 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 yang 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 membirakan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress
- 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga .
- 10) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan (Kemenkes RI, Buku KIA : 2015).



## 2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

### A. Pengertian

Asuhan setelah bayi lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan. Aspek-aspek penting asuhan segera bayi baru lahir :

1. Jagalah agar bayi tetap kerig dan hangat
2. Usahakan adanya natara kontak antara kulit ibu dengan kulit bayisesegera mungkin (Sarwono, 2010:31)

### B. Proses Bayi Lahir

Proses bayi baru lahir menurut Marmi (2012:76)

1. Perode Transmisi

Karakteristik perilaku terlihat nyata selama jam tranmisi segera setelah lahir. Masa transmisi ini mencerminkan suatu kombinasi respon simpatik terhadap tekanan persalinan (tachypnea, tahycardia) dan respon prasimpatik (sebagai respon yang diberikan oleh kehadiran mucus, muntah, dan gerak peristaltik). Periode transisi dibagi menjadi 3 yaitu :

- a) Reaktivitas I (The First Period Of Reactivity)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pusasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara

sianosis atau akrosianosis. Selama periode mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga. Bayi mungkin menangis, terkejut atau terpaku. Selama periode ini setiap usaha harus dibuat untuk memudahkan kontak bayi dan ibu. Membiarkan ibu untuk memegang bayi untuk mendukung proses pengenalan. Beberapa bayi akan disusui selama periode ini. Bayi sering mengeluarkan kotoran dengan seketika setelah persalinan dan suara bising usus pada umumnya terdengar setelah usia 30 menit. Bising usus menandakan sistem pencernaan berfungsi dengan baik. Keluarnya kotoran sendiri, tidak menunjukkan kehadiran gerak peristaltik hanya menunjukkan bahwa anus dalam keadaan baik.

Lebih jelas dapat dilihat secara karakteristiknya yaitu :

- 1) Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut :  
 frekuensi nadi apikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur frekuensi pernafasan mencapai 80x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan pernafasan cuping hidung, ekspirasi mendekur serta adanya reterasi.
- 2) Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosi.

3) Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan bising usus selama periode ini.

4) Bayi baru lahir mempunyai sedikit mucus, menangis kuat, reflek isap kuat. tip khusus ; selama periode ini mata bayi terbuka lebih lama, dari pada hari-hari selanjutnya, saat ini adalah waktu yang paling baik untuk melalui proses periode pelekatan karena bayi baru lahir dapat mempertahankan kontak mata untuk waktu yang lama.

b) Fase Tidur (Period of Unresponsive Sleep)

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

c) Reaktivitas II (The Second Period Of Reactivity)/Transisi ke-II

Berlangsung selama 2-6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat

pernafasan bervariasi tergantung aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Pemberian makanan awal penting dalam mencegah hipoglikemi dan stimulasi pengeluaran kotoran dan mencegah penyakit kuning. Pemberian makanan awal juga menyediakan kolonisasi bakteri isi perut yang mengarahkan pembentukan vitamin K oleh traktus intestinal. Neonatus mungkin beraksi terhadap makanan pertama dengan cara memuntahkan bersama mucus. Ibu harus diajari cara menyendawakan bayinya. Setiap mucus yang terdapat selama pemberian makanan awal dapat berpengaruh terhadap kecukupan pemberian makanan, terutama jika mucus berlebihan. Kehadiran mucus yang banyak mungkin mengidentifikasi masalah seperti esofaginal atresia, mucus bernoda empedu menunjukkan adanya penyakit pada bayi dan pemberian makanan perlu ditunda sehingga kulit dan saluran pencernaan neonatal belum terkolonisasi oleh beberapa tipe bakteri. Oleh karena itu neonatal jangan diproteksi dari bakteri menguntungkan. Semua perawat harus mencuci tangan dan lengan bawah selama 3 menit dengan sabun antibakteria sebelum menyentuh bayi. Aktivitas ini merupakan proteksi yang

berguna terhadap infeksi neonatal. APGAR SCORE harus dinilai selama periode ini

### C. Fisiologis Neonatus

#### 1. Sistem pernapasan

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali. Dan proses pernapasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi dipersiapkan lama sejak intrauterine.

Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru – paru terbentuk. Pada umur kehamilan ke 26 – 28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi deferensiasi lobus. Pada umur kehamilan 24 minggu terbentuk alveolus. Pada umur kehamilan 28 minggu terbentuk surfaktan. Pada umur kehamilan 34 – 36 minggu struktur paru – paru matang, artinya paru – paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapatkan oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru – paru bayi. Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir.

Table 2.8 Perkembangan sistem pulmoner

Umur kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru – paru terbentuk
26 – 28 hari	Dua bronki membesar
6 minggu	Dibentuk segmen bronkus
12 minggu	Deferensiasi lobus
16 minggu	Dibentuk bronkiolus
24 minggu	Dibentuk alveolus
28 minggu	Dibentuk survaktan
34 – 36 minggu	Maturasi struktur (paru– paru dapat mengembangkan sistem alveoli dan tidak mengempis lagi)

Keadaan yang mempercepat proses maturasi paru – paru adalah : toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini, insufisiensi plasenta.

Karena keadaan diatas dapat menyebabkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru – paru.

Keadaan yang mempengaruhi keterlambatan maturitas paru – paru adalah:

- a) Diabetes yang ringan.
- b) Factor inkompabilitas Rh
- c) Gamely datu ovum dengan berat badan yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru – parunya belum matur.

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta, setelah bayi lahir pertukaran gas terjadi pada paru – paru (setelah tali pusat dipotong).

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya :

- a) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir.
- b) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbon dioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi).
- c) Rangsangan dingin didaerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik).

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraknya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba – tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada didalam paru – paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivitas napas untuk yang pertama kalinya.

Tekanan intratorak yang negative disertai dengan aktivitas napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru – paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisijalan napas dari trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang akrena terisi udara.

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru – paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas.

Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan dalam alveoli itu sendiri adalah menarik napas dan mengeluarkan napas dengan cara menjerit sehingga oksigen tertahan didalam alveoli.

Dalam keadaan anoksia, neonatus masih dapat mempertahankan kehidupan karena ada kelanjutan metabolisme anaerob yaitu kelanjutan metabolisme tanpa oksigen. Pernapasan pada neonatus biasanya menggunakan pernapasan diafragma dan abdominal sedangkan frekuensi dan dalamnya pernapasan biasanya belum teratur. Pernapasan normal pada neonatus pertama kali dimulai ketika kurang lebih 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini terjadi sebagai akibat adanya aktivitas normal dari susunan syaraf pusat perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Misalnya tekanan mekanis pada toraks melalui jalan lahir. Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbon dioksida pada paru – paru merangsang kemoreseptor yang terletak pada sinus kardiak sehingga bayi bernapas, rangsangan dingin didaerah muka merangsang permulaan gerakan pernapasan.

Tekanan rongga dada bayi sewaktu melalui jalan lahir pervagina mengakibatkan kehilangan setengah dari jumlah cairan yang ada di paru – paru (paru – paru pada bayi yang normal yang cukup bulan mengandung 80 – 100 ml cairan) sehingga sesudah bayi lahir cairan yang hilang diganti dengan udara, paru – paru berkembang dan rongga dada kembali pada bentuk semula.

## 2. Jantung dan sirkulasi darah

### a) Peredaran darah janin

Didalam rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi berasal dari plasenta masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta umbilikalis, sebagian masuk vena kava inferior melalui duktus venosus arantii. Darah dari vena kava inferior masuk ke antrium kanan dan bercampur dengan darah dari vena kava superior. Darah dari antrium kanan sebagian melalui foremen oval masuk ke antrium kiri bercampur dengan darah yang berasal dari vena pulmonalis. Darah dari antrium kiri selanjutnya ke ventrikel kiri yang kemudian akan dipompakan ke aorta, selanjutnya melalui arteri koronaria darah mengalir ke bagian kepala, ekstremitas kanan dan ekstremitas kiri.

Sebagian kecil darah yang berasal dari antrium kanan mengalir ke ventrikel kanan bersama – sama dengan darah yang berasal dari kava superior, karena tekanan dari paru – paru belum berkembang, maka sebagian besar dari ventrikel kanan yang seharusnya mengalair melalui duktus arteriosus botali ke aorta desenden dan mengalir ke seluruh tubuh, sebagian kecil mengalir ke paru – paru dan selanjutnya ke antrium kiri melalui vena pulmonalis.

Darah dari sel – sel tubuh yang miskin oksigen serta penuh dengan sisa pembakaran dan sebagainya akan dialirkan ke plasenta melalui arteri umbilikalis, demikian seterusnya.

b) Perubahan peredaran darah neonates

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

Sirkulasi janin memiliki karakteristik sirkulasi bertekanan rendah. Karena paru – paru adalah organ tertutup yang berisi cairan, maka paru – paru memerlukan aliran darah yang minimal. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru – paru mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri yang disebut dengan foramen oval. Darah yang kaya akan oksigen kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus. Karena tali pusat diklem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem respirasi tertutup. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat diklem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan nafas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari nafas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah bereklaksi dan terbuka sehingga paru – paru menjadi

sistem bertekanan rendah. Kombinasi tekanan yang meningkat dalam sirkulasi sistemik dan menurun pada sirkulasi paru menyebabkan perubahan tekanan aliran darah pada jantung. Tekanan akibat peningkatan aliran darah disisi kiri jantung .menyebabkan foramen oval menutup, duktus arteriosus yang mengalirkan darah teroksigenasi ke otak janin kini tak lagi dioerlukan. Dalam 48 jam, duktus ini akan mengecil dan secara fungsional menutup akibat penurunan kadar prostaglandin, yang semula disuplai oleh plasenta. Darah yang tidak kaya akan oksigen masuk ke jantung bayi menjadi teroksigenasi sepenuhnya didalam paru, kemudian dipompa ke seluruh bagian tubuh. Dalam beberapa saat, perubahan tekanan yang luar biasa terjadi didalam jantung dan dirkulasi bayi baru lahir. Sangat penting bagi bidan untuk memahami perubahan sirkulasi janin ke sirkulasi bayi yang secara keseluruhan saling berhubungan dengan fungsi pernapasan dan oksigen yang adekuat. Ketika janin dilahirkan segera bayi menghirup udara dan menangis kuat. Dengan demikian paru – apru berkembang, tekanan paru – paru mengecil dan darah mengalir ke paru – apru.

Dampak hemodinamik dari berkembangnya paru – apru bayi adalah :

- 1) Aliran darah menuju apru dari ventrikel kanan bertambah sehingga tekanan darah apda natrium kanan menurun karena tersedot oleh ventrikel kanan, akibatnya tekanan darah pada antrium kiri makin meningkat.
- 2) Tekanan darah pada antrium kiri meningkat sehingga secara fungsional foremen oval tertutup.
- 3) Penutupan secara anatomis masih berlangsung lama sekitar 2 – 3 bulan.
- 4) Pada saat bayi lahir, umbilicus dipotong sehingga aliran darah vena umbilikalिस menuju vena kava inferior akan berhenti total.

Dampak pemotongan umbilicus terhadap hemodinamik sirkulasi janin menuju sirkulasi darah bayo adalah penutupan duktus arteriosus melalui proses sebagai berikut:

- (a) Sirkulasi plasenta terhenti, aliran darah ke antrium kanan menurun, sehingga tekanan jantung menurun, tekanan rendah di aorta hilang sehingga tekanan jantung kiri meningkat.

- (b) Resistensi pada paru – paru dan aliran darah ke paru - paru meningkat, hal ini menyebabkan tekanan ventrikel kiri meningkat. Penutupan duktus arteriosus terjadi karena adanya penurunan resistensi paru – paru sehingga aliran dari ventrikel kanan ke paru – paru

meningkat dan menyebabkan aliran darah melalui duktus menurun. Penutupan tidak terjadi segera setelah lahir. Penutupan duktus venosus terjadi dalam 3 – 7 hari, mekanisme penutupan tiak diketahui.

Aliran darah paru pada hari pertama ialah 4 – 5 liter permenit. Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah, yaitu 1,96 liter permenit dan bertambah pertama pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfuse plasenta dan pada jam – jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira – kira 85 / 40 mmHg. Berdasarkan beberapa penjelasan diatas, dapat diketahui bahwa bentuk penyesuaian neonatus pada sistem peredaran darah adalah sebagai berikut :

- (1) Penutupan obliterasi sel pirau, foramen oval, duktus venosus, duktus arteriosus.
- (2) Duktus venosus berfungsi dalam pengendalian tahanan vaskuler plasenta terutama pada saat janin mengalami hypoxia.

- (3) Duktus venosus menutup beberapa menit pertama setelah lahir dan penutupan anatomis yang lengkap terjadi pada hari ke 20 setelah lahir.
- (4) Pada neonatus darah tidak bersirkulasi dengan mudah, pada kaki dan tangan berwarna kebiru – biruan dan terasa dingin dan biasanya TD : 80 / 46 mmHg.
- (5) Duktus arteriosus merupakan peran vaskuler yang penting sirkulasi fetus dan melakukan peran darah dari arteri pulmonalis ke aorta desenden (malalui paru), selama kehidupan fetal tekanan arteri pulmonalis sangat tinggi dan lebih dari tekanan aorta dan penutupan duktus arteriosus disebabkan oleh peningkatan tegangan oksigen dalam tubuh.

### 3. Saluran pencernaan

Pada kehamilan 4 bulan pencernaan telah cukup terbentuk dan janin telah dapat menelan air ketuban dalam jumlah yang cukup banyak, absorbs air ketuban melalui mukosa seluruh saluran pencernaan, janin minum air ketuban dapat dibuktikan dengan adanya mekonium.

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan neonatus relative lebih berat dan panjang

dibandingkan orang dewasa. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama dalam 24 jam pertama berupa mekonium (zat yang berwarna hijau kehitaman). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ke 3 sampai ke 4 yang berwarna coklat kehijauan. Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatus nampaknya sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makanan atau minuman. Enzim dalam saluran pencernaan biasanya sudah terdapat pada neonatus kecuali amilase pancreas, aktifitas amilase telah ditemukan pada janin 7 – 8 bulan kehamilan.

Pada saat lahir aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan palatum sehingga bayi hanya bernapas melalui hidung, rasa kecap dan penciuman sudah ada sejak lahir, saliva tidak mengandung enzim tepung dalam 3 bulan pertama dan lahir volume lambung 25 – 50 ml. Adapun adaptasi dari saluran pencernaan adalah :

- a) Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100 cc.
- b) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- c) Defisiensi lipase pada pancreas menyebabkan terbatasnya absorbs lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna

lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.

- d) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi 2 – 3 bulan.

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek muntah dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir.

Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas.

Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri masih sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung yang masih terbatas ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sedikit tapi sering, contohnya member ASI sesuai dengan

keinginan bayi. Usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat – zat berbahaya yang masuk ke dalam saluran pencernaanya. Disamping itu bayi baru lahir juga belum dapat

mempertahankan air secara efisien dibanding dengan orang dewasa, sehingga kondisi ini dapat menyebabkan diare yang lebih serius pada neonatus.

#### 4. Hepar

Hepar janin pada usia 4 bulan mempunyai peran dalam metabolisme hidrat orang dan glikogen mulai disimpan didalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen cepat tercapai, vitamin A dan D juga sudah disimpan dalam hepar.

Fungsi hepar janin dalam kandungan dan segera setelah lahir masih dalam keadaan imatur (belum matang) hal ini dibuktikan dengan ketidakseimbangan hepar untuk meniadakan bekas penghancuran dalam peredaran darah.

Enzim hepar belum aktif benar pada neonatus, misalnya enzim UDPG :T (uridin difosfat glukorinide tranferase) dan enzim G6PD (glucose 6 fosfat dehidrogenase) yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologis.

(Marmi, 2012:14-22).

#### **D. Penilaian Bayi Baru Lahir**

Menurut Prawirohardjo (2007), keadaan umum bayi dinilai satu menit setelah lahir dengan menggunakan APGAR. Penilaian ini diperlakukan untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia

atau tidak. Yang dinilai adalah frekuensi jantung (heart rate), usaha nafas (respiratory effort), tonus otot (muscle tone), warna kulit (colour), dan reaksi terhadap rangsangan (response to stimuli). Setiap penilaian diberi angka 0, 1, dan 2. Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi normal (nilai APGAR 7-10), asfiksia sedang-ringan (nilai APGAR 4-6), atau bayi asfiksia berat (nilai APGAR 0-3).

Apabila nilai APGAR kurang dari 7 maka penilaian tambahan masih diperlukan yaitu 5 menit sampai 20 menit atau sampai dua kali penilaian menunjukkan nilai 8 atau lebih. Penilaian untuk melakukan resusitasi semata-mata ditentukan oleh tiga tanda penting yaitu pernapasan, denyut jantung, dan warna kulit. Resusitasi yang efektif bertujuan memberikan ventilasi yang adekuat, pemberian oksigen, dan curah jantung yang cukup untuk menyalurkan oksigen ke otak, jantung, dan alat vital lainnya (Novita, 2011).

Tabel 2.9  
penilaian APGAR score

	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Seluruh badan biru / pucat.	Warna kulit tubuh kemerahan, tetapi tangan dan kaki kebiruan.	Seluruh tubuh kemerahan. Tidak ada sianosis.
Pulse rate (frekuensi nadi)	Tidak ada	< 100 kali permenit	>100 kali permenit
Grimace (respon reflek)	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Meringis atau menangis lemah ketika di stimulasi	Meringis, batuk, atau bersin saat di stimulasi saluran nafas.

Activity (tonus otot)	Lemah atau tidak ada	Sedikit gerakan	Bergerak aktif
Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah atau tidak tertur	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur.

Sumber : *American Academy of Pedatric*. 2010. Halaman 23

## E. Kebutuhan Bayi Baru Lahir

### 1. Minum

Berikan ASI sesering mungkin sesuai keinginan ibu (jika payudara penuh) dan tentu saja ini lebih berarti pada menyusui sesuai kehendak bayi atau kebutuhan bayi setiap 2 – 3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi yang menyusui sesuai permintaanya bisa menyusui sebanyak 12 – 15 kali dalam 24 jam. Biasanya, ia langsung mengosongkan payudara pertama dalam beberapa menit. Frekuensi menyusui itu dapat diatur sedemikian rupa dengan membuat jadwal rutin, sehingga bayi akan menyusui sekitar 5 – 10 kali dalam sehari.

Pemberian ASI saja cukup. Pada periode usia 0 – 6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan ataupun minuman lainnya. Pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuannya bayi untuk menghisap. Berikut ini merupakan beberapa prosedur pemberian ASI yang harus diperhatikan :

- a) Tetekkan bayi segera atau selambatnya setengah jam setelah bayi lahir. Pemberian ASI pada hari – hari pertama setelah kelahiran bayi tidak harus diberikan dari satu payudara (kiri dan kanan saja), tetapi bayi mesti diberi ASI dari kedua payudara secara bergantian. Tindakan tersebut mencegah terjadinya pengerasan payudara. Untuk itu ibu perlu mengetahui cara memindahkan bayi dari satu payudara ke payudara lainnya. Caranya, ibu menekan payudaranya secara pelan, lalu menjauhkannya dari mulut bayi. Bila hal ini dilakukan terus – menerus, maka ibu akan lebih berpengalaman, sehingga mengetahui waktu yang tepat untuk mengganti payudaranya yang di isap oleh bayinya.
- b) Biasakan mencuci tangan dengan sabun setiap kali sebelum menekan.
- c) Perah sedikit kolostrum atau ASI dan oleskan pada daerah puting dan sekitarnya.
- d) Ibu duduk atau tiduran atau berbaring dengan santai.
- e) Bayi diletakan pada ibu dengan posisi
- 1) Perut bayi menempel ke perut ibu
  - 2) Dagu bayi menempel ke payudara
  - 3) Telinga dan lengan bayi berada dalam satu garis lurus
  - 4) Mulut bayi terbuka lebar menutupi daerah gelap sekitar perut ibu

- (a) Cara agar mulut bayi terbuka adalah dengan menyentuhkan puting susu pada bibir atau pipi bayi.
- (b) Setelah mulut bayi terbuka lebar, segera masukan puting dan sebagian besar lingkaran atau daerah gelap sekitar puting susu ke dalam mulut bayi.
- (c) Berikan ASI dari satu payudara sampai kosong sebelum pindah ke payudara lainnya. Pemberian ASI berikutnya mulai dari payudara yang belum kosong tadi.
- (d) Jangan mencuci puting payudara menggunakan sabun atau alcohol karena dapat membuat puting payudara kering dan menyebabkan pengerasan yang bisa mengakibatkan terjadinya luka. Selain itu, rasa puting payudara akan berbeda, sehingga bayi enggan menyusui. Hendaknya setelah menyusui, biarkan beberapa tetes ASI disekitar puting payudara mongering. Hal ini membuat puting payudara tidak terluka dan terjaga dari infeksi.

Mungkin ada beberapa alasan bagi seorang ibu tidak bisa memberikan ASI secara langsung pada bayinya.

Namun demikian, hal ini bukan menjadi alasan bagi ibu untuk menghentikan pemberian ASI pada bayinya. Agar ibu tetap bisa memberikan ASI maka

ibu harus pandai memeras ASI agar bayi tetap bisa menikmati asi sebagai haknya atas sang ibu. Setelah ASI dikeluarkan dengan cara diperas, maka ibu atau anggota keluarga yang lainnya dapat memberikan ASI pada si bayi dengan pipet, sendok atau pipa NGT. Berikut ini cara memeras ASI yang bisa diajarkan pada ibu.

## 2. Buang Air Besar

Feses bayi di dua hari pertama setelah persalinan biasanya berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan. Setelah itu feses bayi bisa bergumpal – gumpal seperti jeli, padat, berbiji, atau *seeded* dan bisa juga berupa cairan, feses bayi yang diberi ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan feses bayi yang diberi susu formula berbentuk padat, bergumpal – gumpal atau agak liat dan bulat. Makanya bayi yang mengkonsumsi susu formula kadang suka bebelan (susah BAB) sedangkan yang mendapat ASI tidak berbentuk cair, hal itu perlu dicurigai. Bisa jadi bayi alergi terhadap susu formula yang dikonsumsinya atau susu tercampur bakteri yang mengganggu usus. Kesulitan mendeteksi normal tidaknya feses akan terjadi bila ibu memberikan ASI yang diseling – seling susu formula.

Misalnya akan sulit menentukan apakah feses yang cair atau mencret itu berasal dari susu atau susu formula. Kalau mencretnya karena minum ASI, ini normal – normal saja karena sistem pencernaanya memang belum sempurna. Tetap susui bayi agar tidak mengalami dehisrasi. Tapi bila mencretnya disertai dengan keluhan demam, muntah atau keluhan lain dan jumlahnya sangat banyak atau mancur, berarti memang ada masalah pada bayi maka harus dirujuk.

Masalah frekuensi sering mencemaskan ibu karena frekuensi BAB bayi tidak sama dengan orang dewasa, padahal frekuensi BAB pada setiap bayi berbeda, bahkan bayi yang sama pun frekuensi BAB nya akan berbeda dari minggu ini dan minggu depannya, itu karena bayi belum menemukan pola yang pas. Umumnya di 4 atau minggu ke 5 minggu pertama dalam sehari bisa lebih dari 5 kali atau 6 kali, tidak masalah selama pertumbuhannya bagus.

Bayi yang minum ASI eksklusif sebaliknya bisa saja BAB selama 2 sampai 4 hari bahkan bisa 7 hari sekali, bukan berarti mengalami gangguan sembelit tapi bisa saja karena memang tidak ada ampas makanan yang harus dikeluarkan. Semuanya dapat diserap dengan baik, feses yang keluar setelah itu juga harus tetap normal seperti biasa. Tidak cair yang disertai banyak lendir atau berbau busuk dan disertai demam dan penurunan berat badan

bayi. Jadi yang penting lihat pertumbuhannya apakah anak tidak rewel dan minumnya bagus, kalau 3 hari BAB, dan bayinya anteng – anteng saja mungkin memang belum waktunya BAB.

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama setelah lahir. BAB pertama ini disebut mekonium. Biasanya berwarna hitam kehijauan yang lengket seperti aspal yang merupakan produk dari sel – sel yang diproduksi dalam saluran cerna selama bayi berada dalam kandungan. BAB pertama dalam 24 jam penting artinya karena menjadi indikasi apakah pencernaannya normal atau tidak.

Frekuensi BAB yang sering bukan berarti pencernaannya terganggu. Waspada jika warnanya putih atau disertai darah.

Menerut Dr Walid Nur Hamzah, SPA umumnya warna – warna feses bayi dapat dibedakan menjadi kuning, coklat, hijau, merah dan putih atau keabuan. Normal atau tidaknya sistem pencernaan bayi dapat dideteksi dari warna – warna feses tersebut.

### 3. Buang Air Kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK yaitu 7 – 10 x sehari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Bayi mulai memiliki fungsi ginjal yang sempurna selama 2 tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung

kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tersebut tidak dikeluarkan selama 12 – 24 jam. Jika urin pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urin 15 – 16 ml / kg / hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering, maka setelah BAK harus diganti popoknya minimal 4 -5 x perhari.

Ada beberapa kemungkinan penyebab kurangnya buang air pada bayi :

- a) Bayi mengalami kekurangan cairan. Ini bisa terjadi karena ibu yang menyusui kurang banyak minum atau bayi sedang mengalami muntah – muntah atau berkeringat berlebihan. Kondisi seperti ini dapat diatasi dengan banyak member asupan cairan pada bayi.
- b) Pada bayi laki – laki, coba perhatikan ujung kulupnya apakah terlihat kecil atau tidak. Bila ya, bisa jadi ia mengalami phymosis (ujung kulup kecil) sehingga menyebabkan jarang BAK. Sebagai solusi, biasanya dokter akan melakukan pembesaran dengan cara sunat. Kondisi ini perlu diatasi segera karena jika dibiarkan bisa menimbulkan infeksi pada saluran kencing bayi.
- c) Sukar pipis pada bayi perempuan bisa disebabkan karena terjadi infeksi pada organ intimnya meski bisa juga BAK nya justru jadi lebih sering. Sebagai pencegahan, sehabis

BAK, lubang kencing dan daerah sekitarnya mesti langsung dibersihkan. Sisa air seni bisa mengendap dilipatan – lipatan sekitar kelaminya dan menimbulkan infeksi. Perhatikan juga tehnik membersihkan organ pembuangan. Jangan membersihkan dari arah belakang ke depan namun dari depan kebelakang. Ini dimaksudkan agar kotoran dari anus tidak terbawa ke vagina.

#### 4. Tidur

Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur, bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata – rata tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. Sebaiknya ibu selalu menyediakan selimut dan ruangnya yang hangat, serta memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi.

Pola tidur bayi masih belum teratur karena jam biologis yang belum matang. Tetapi perlahan – lahan akan bergeser sehingga lebih banyak waktu tidur dimalam hari dibandingkan dengan siang hari. Keluhan gangguan tidur biasanya datang dari orang tuanya yang sulit menerima jam tidur bayi. Dikatakan bahwa orang tua kekurangan tidur 2 jam setiap harinya hingga bayi berusia 5 bulan sampai 2 tahun, orang tua kehilangan 1 jam waktu tidur setiap malamnya. Sehingga orang tua pun perlu

menyiasati waktu tidurnya sesuai dengan pola tidur bayinya. Mulai usia 2 bulan bayi mulai lebih banyak tidur malam dibanding siang. Usia 3 – 6 bulan jumlah tidurpun semakin berkurang, kira – kira 3 kali dan terus berkurang hingga 2 kali pada usia 6 – 12 bulan. Menjelang 1 tahun biasanya bayi hanya perlu tidur siang satu kali saja dengan total jumlah waktu tidur berkisar antara 12 – 14 jam.

Latih anak agar mengerti bahwa malam hari adalah waktu untuk tidur dan siang hari adalah waktu untuk bangun. Salah satu caranya adalah dengan mengajaknya bermain hanya disiang hari saja, tidak dimalam hari.

Latih bayi agar mengetahui bahwa tempat tidur adalah tempatnya untuk tidur. Letakan bayi ditempat tidur saat ia sudah mengantuk, hindari membiarkanya tidur dalam gendongan atau diruangan lain. Lampu utama sebainya dimatikan dan nyalakan lampu tidur yang redup.

Ketika bayi terbangun, ajari untuk tidur kembali. Jangan nyalakan lampu, tenangkan dengan kata – kata lembut. Selanjutnya tinggalkan ia sendiri untuk kembali tidur, jika menangis lagi, biarkan dulu 5 menit baru tenangkan lagi. Berikutnya jika kembali menangis tunggu 10 menit dan seterusnya hingga 15 menit, malam berikutnya tambah waktu tunggu 5 menit yaitu 10 menit, 15 dan 20 menit. Biasanya bayi

memerlukan waktu hingga 2 – 3 malam. Jika gagal hentikan dulu prosedur ini dan coba lagi setelah 1 bulan cara ini diperkenalkan oleh Richard Ferber, Boston's Children Hospital.

Pastikan bayi tidur dengan aman :

- a) Letakan bayi pada permukaan rata yang tidak terlalu empuk. Pasang seprai atau alas dengan cermat agar tidak mudah lepas.
- b) Jangan merokok disekitar bayi.
- c) Jangan biarkan bayi terlalu hangat, jangan berlebihan dalam membuntal bayi ketika tidur. Jika khawatir kepala bayi akan peyang jika terlalu sering tidur terlentang, tengkurapkan bayi saat bangun dan ada yang mengawasi. Atau ubah sesekali posisi kepala saat bayi tidur terlentang.

#### 5. Kebersihan Kulit

Muka, pantat dan tali pusat bayi perlu dibersihkan secara teratur mandi seluruh tubuh setiap hari tidak harus dilakukan. Selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi.

Memandikan bayi baru lahir merupakan tantangan tersendiri bagi ibu baru. Ajari ibu, jika ibu masih ragu untuk memandikan bayi di bak mandi karena tali pusatnya belum puput, maka bisa memandikan bayi dengan melap seluruh badan dengan menggunakan waslap saja. Yang penting siapkan air hangat – hangat kuku dan tempatkan bayi didalam ruangan yang hangat

tidak berangin. Lap wajah, terutama area mata dan sekujur tubuh dengan lembut. Jika mau menggunakan sabun sebaiknya pilih sabun yang two in one, bisa untuk keramas sekaligus mandi.

Keringkan bayi dengan cara membungkusnya dengan handuk kering. Bersihkan tali pusat dengan menggunakan kapas atau kasa alcohol setelah itu lilit tali pusat dengan kasa steril yang telah tersedia diapotik – apotik terdekat untuk menghindarkannya dari infeksi.

Jika tali pusat bayi baru lahir sudah puput, bersihkan liang pusat dengan cotton bud yang telah diberi minyak telon atau minyak kayu putih. Usapkan minyak telon atau minyak kayu putih didada dan diperut bayi sambil dipijat lembut. Kulit bayi baru lahir terlihat kering karena dalam transisi dari lingkungan ke rahim ke lingkungan berudara. Oleh karena itu digunakan baby oil untuk melembabkan lengan dan kaki bayi. Setelah itu bedaki lipatan – lipatan paha dan tangan agar tidak terjadi iritasi. Hindari membedaki daerah wajah jika menggunakan bedak tabur karena bahan bedak tersebut berbahaya jika terhirup napas bayi. Bisa menyebabkan sesak napas atau infeksi saluran pernapasan.

Pakaikan baju ukuran bayi baru lahir yang berbahan katun agar mudah menyerap keringat. Sebaiknya bunda memilih pakaian berkancing depan untuk memudahkan pemasangan pakaian. Jika suhu ruangan kurang dari 25 ° C beri bayi pakaian

dobel agar tidak kedinginan. Tubuh bayi baru lahir biasanya sering terasa dingin, oleh karena itu usahakan suhu ruangan tempat bayi baru lahir berada di 27° C. Tapi biasanya sesudah sekitar satu minggu bayi baru lahir akan merespon terhadap suhu lingkungan sekitarnya dan mulai bisa berkeringat.

#### 6. Keamanan

Jangan sekali – sekali meninggalakan bayi tanpa ada yang menunggu hindari pemberian apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak. Jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi.

#### F. Tanda – Tanda Bahaya

Sebagian besar bayi akan menagis atau bernapas asecara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.

1. Bila bayi tersebut menangis atau bernapas (terlihat dari pergerakan dada paling sedikit 30 kali/menit) boarkan bayi tersebut dengan bayinya.
2. Bila bayi tersebut tidak bernapas dalam waktu 30 detik, segeralah cari bantuan, dan mulailah langkah-langkah resusitasi bayi tersebut.
3. Penganganan : persiapkan kebutuha resusitasi untuk setiap bayi dan siapkan rencana untuk meminta bantuan, khususnya bila ibu tersebut memiliki riwayat eklamsia, perdarahan persalinan lama atau macet, persalinan dini atau infeksi.
4. Jika bayi tidak segera bernapas, lakukan hal – hal sebagai berikut

- a) Keringkan bayi dengan selimut atau handuk yang hangat.
  - b) Gosoklah punggung bayi tersebut dengan lembut.
5. Jika bayi belum mulai bernapas setelah 60 detik mulai resusitasi.
  6. Apabila bayi sianosis (kulit biru) atau sukar bernapas (frekuensi pernapasan kurang dari 30 atau lebih dari 60 kali/menit ) berilah oksigen kepada bayi dengan kateter nasal atau nasal prongs.

Tanda-tanda dibagi menjadi 2 :

- a) Tanda – tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu yaitu
  - 1) Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau hisapan lemah
  - 2) Kesulitan bernapas yaitu pernapasan cepat lebih dari 60 kali /menit atau menggunakan otot napas tambahan
  - 3) Letargi bayi terus-menerus tidur tanpa bangun untuk makan
  - 4) Warna abnormal kulit atau bibir biru atau sianosis atau bayi sangat kuning.
  - 5) Suhu terlalu panas atau demam atau terlalu dingin atau hipotermia
  - 6) Tanda atau perilaku abnormal atau tidak biasa Gangguan gastrointestinal misalnya tidak bertinja selama 3 hari pertama setelah lahir, muntah terus – menerus, muntah dan perut bengkak, tinja hijau tua, atau berdarah, lender
  - 7) Mata bengkak atau mengeluarkan cairan

b) Tanda-tanda bahaya yang harus di waspadai pada bayi baru lahir

- 1) Pernapasan- sulit atau lebih dari 60 kali per menit
- 2) Kehangatan- terlalu panas ( $> 38\text{ C}$  atau terlalu dingin  $<36\text{ C}$ )
- 3) Warna- kuning (terutam pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar
- 4) Pemberian makan- hispan 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, kejang halus, tidak bisa tenang, mengis terus menerus (Sarwono, 2010:36).

Penanganan:

- 1) Beri ASI sesuai dengan kebutuhan setia 2 – 3 jam (paling sedikit setiap 4 jam) mualai dari hari pertama.
- 2) Pertahankan agar bayi selalu dengan ibu.

- 3) 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 dimasukan kedalam mulut bayi harus bersih.
- 4) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
- 5) Peganglah, sayangi dan nikmati kehidupan bersama bayi.
- 6) Awasi masalah dan kesulitan pada bayi dan minta bantuan jika perlu.
- 7) Jaga keamanan bayi terhadap trauma dan penyakit atau infeksi.
- 8) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

#### Penyuluhan sebelum bayi pulang

- 1) perawatan tali pusat
- 2) pemberian ASI
- 3) jaga kehangatan bayi
- 4) tanda – tanda bahaya
- 5) imunisasi
- 6) perawatan harian atau rutin
- 7) pencegahan infeksi dan kecelakaan (Marmi dkk, 2012:245).

## 2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

### A. Pengertian KB

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara, dapat juga bersifat permanen (Wiknjosastro, 2008:364)

Keluarga berencana (Family Planning / Planned parenthood) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi. Menurut WHO (Expert Commite), tindakan yang membantu individu / pasutri untuk mendapatkan objek-objek tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval antara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Prawirohardjo, 2009:317)

### B. Macam-macam kontrasepsi

#### 1. Metode Ammenore Laktasi

##### a) Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (lebih efektif bila pemberian >8x sehari), belum haid, dan umur bayi kurang dari 6 bulan.

b) Cara kerja

Konsentrasi prolaktin meningkat sebagai respon terhadap stimulus penghisapan berulang ketika menyusui. Dengan intensitas dan frekuensi yang cukup, kadar prolaktin akan tetap tinggi. Hormon prolaktin yang merangsang produksi ASI juga mengurangi kadar hormon LH yang diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi.

Cara kerja dari MAL adalah dengan penundaan/penekanan pada ovulasi.

c) Indikasi

- 1) Ibu yang menyusui secara eksklusif
- 2) Bayi berumur kurang dari 6 bulan
- 3) Ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan.

d) Kontraindikasi

- 1) Sudah mendapatkan haid sejak setelah persalinan
- 2) Tidak menyusui secara eksklusif
- 3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
- 4) Bekerja dan berpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

(Handayani, 2010:69)

e) Keuntungan

Keuntungan dari Metode Ammenore Laktasi (MAL)

- 1) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalin)
- 2) Segera efektif
- 3) Tidak mengganggu senggama
- 4) Tidak ada efek samping secara sistemik
- 5) Tidak perlu pengawasan medis
- 6) Tidak perlu alat atau obat
- 7) Tanpa biaya

f) Kerugian

Selain memiliki beberapa keuntungan Metode Ammenore Laktasi (MAL) juga memiliki beberapa kerugian.

Diantaranya beberapa kerugian MAL adalah sebagai berikut :

- 1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera dalam 30 menit pasca persalinan.
- 2) Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial.
- 3) Tidak dapat melindungi terhadap penyakit IMS termasuk virus hepatitis B/HPV dan HIV/AIDS.

2. Ciotus Interruptus

a) Pengertian

Senggama terputus ialah penarikan penis dari vagina sebelum terjadi ejakulasi (Wiknjosastro,2007:535). Sedangkan

menurut Hartanto (2015:58) senggama terputus adalah suatu metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genetalia eksterna wanita.

b) Efektifitas

Efektifitas cara ini umumnya dianggap kurang, angka kehamilan dengan cara ini sedikit lebih tinggi daripada cara yang digunakan kontrasepsi mekanisme atau kimiawi kegagalan dengan cara ini disebabkan oleh :

- 1) Adanya mengeluarkan air mani sebelum ejakulasi yang mengandung sperma, apa lagi pada koitus yang berulang
- 2) Terlambat pengeluaran penis dari vagina

c) Keuntungan

- 1) Tidak memerlukan alat/murah
- 2) Tidak menggunakan zat-zat kimiawi
- 3) Selalu tersedia setiap saat
- 4) Tidak mempunyai efek samping

d) Kerugian

- 1) Angka kegagalan cukup tinggi
  - (a) 16-23 kehamilan per 100 wanita pertahun
  - (b) Faktor yang menyebabkan angka kegagalan yang tinggi adalah :

(1) Adanya cairan pre ejakulasi (yang sebelumnya sudah tersimpan di kelenjar prostat, urethra, kelenjar Cowper), yang dapat keluar setiap saat, dan setiap tetes sudah mengandung berjuta-juta spermatozoa.

(2) Kurangnya kontrol diri pria, yang pada metode ini justru sangat penting.

2) Kenikmatan seksual berkurang bagi suami-istri, sehingga dapat mempengaruhi kehidupan perkawinan

e) Kontraindikasi

Ejakulasi prematur pada pria

3. Kondom

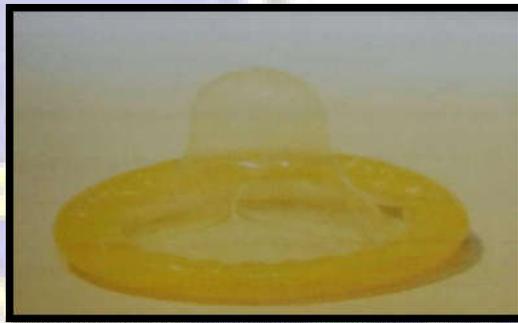
a) Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan antaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karetsintetis yang tipis, berbentuk silinder,, dengan muaranya tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu.

Kondom adalah suatu karet tipis yang dipakai menutupi zakar sebelum dimasukkan kedalam vagina untuk mencegah terjadinya pembuahan.

b) Prinsip kerja

Prinsip kerja kondom adalah sebagai perisai dari penis sewaktu koitus, dan mencegah pengumpulan sperma divagina. Bentuk kondom adalah silindris dengan pinggir yang tebal pada ujung yang terbuka, sedang ujung yang buntu berfungsi sebagai penampung sperma.



Gambar 2.15  
Kondom

Sumber : [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen\\_0585\\_Kondom.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_Kondom.png)

c) Keuntungan

Keuntungan kondom untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit kelamin.

d) Kerugian

Efektifitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah. Mengganggu kenyamann bersenggama, harus slalu ada persediaan, dapat sobek bila tergesa-gesa, efek lecet, karena kurang licin.

## e) Indikasi

- 1) Pria yang ingin berpartisipasi dalam program KB
- 2) Ingin segera mendapatkan kontrasepsi
- 3) Ingin kontrasepsi tambahan
- 4) Pria yang mempunyai riwayat genetalia
- 5) Sensitivitas penis terhadap secret vagina

## f) Kontraindikasi

- 1) Pria yang mempunyai pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan
- 2) Alergi terhadap bahan dasar kondom

## g) Efektifitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 per perempuan per tahun (Saifuddin, 2013:18).

## 4. Kontrasepsi oral (PIL)

Menurut Saifuddin (2010:48) Kontrasepsi oral yang biasa dikenal dengan pil KB mengandung hormon progesteron dan estrogen kontrasepsi oral terdiri dari 4 macam yaitu:

a) Pil Progestin (mini pil)

Pil KB ini dapat digunakan untuk ibu yang sedang menyusui sampai sekitaar dua tahun. Dan ibu akan mengalami haid yang tidak teratur.

b) Pil kombinasi

Didalam satu pil terdapat estrogen dan progesteron sintetik yang diminum 3 kali seminggu.

c) Pil sekunseal

Pil ini dibuat sedemikian rupa sehingga mirip dengan uruta hormon yang dikeluarkan ovarium oada setiap siklus. Maka berdasarkan hormon tersebut, estrogen hanya diberikan selama 14-16 hari pertama diikuti oleh kombinasi progesteron dan estrogen selama 5-7 hari terakhir.

d) Morning after pil.

Merupakan pil hormon yang mengandung estrogen dosis tinggi yang hanya diberikan untuk keadaan darurat saja seperti kondom bocor.

1) Cara kerja estrogen sebagai kontrasepsi

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

(b) Menghambat perjalanan ovum atau imlantasi

2) Cara kerja Progesteron sebagai kontrasepsi:

- (a) Bekerja dengan cara membuat lendir menjadi kental sehingga transportasi sperma menjadi sulit.
- (b) Menghambat kapasitas sperma
- (c) Menghambat perjalanan ovum dalam tuba
- (d) Menghambat ovulasi melalui fungsi hipotalamus-hipofisis-ovarium.



Gambar 2.16  
KB Pil Mini  
Sumber : Hartanto, 2010:104

a) Keuntungan kontrasepsi oral :

Menurut Manuaba (2012:599) antara lain:

- 1) Bila meminum pil sesuai dengan aturan dijamin berhasil 100%
- 2) Dapat dipakai pengobatan terhadap beberapa masalah seperti ketegangan menjelang menstruasi, perdarahan menstruasi yang tidak teratur, dan nyeri saat menstruasi.
- 3) Pengobatan untuk penyakit endometritis
- 4) Dapat meningkatkan libido.

b) Efek samping yang dapat ditimbulkan dari kontrasepsi oral adalah nyeri payudara, hipertensi, acne, penambahan bertambah berat badan dan lain-lain.

c) Keterbatasan

- 1) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid
- 2) Peningkatan/penurunan
- 3) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
- 4) Bila lupa satu pil, kegagalan menjadi lebih besar
- 5) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis
- 6) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan)

d) Indikasi

- 1) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
- 2) Pasca persalinan dan tidak menyusui
- 3) Hipertensi

e) Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Riwayat kanker payudara
- 3) Sering lupa menggunakan pil
- 4) Miom uterus
- 5) Riwayat stroke

(Affandi,2010:52)

## 5. Kontrasepsi Suntikan

Menurut Saifuddin (2007: 42) kontrasepsi suntikan ada dua macam yaitu:

- a) Depoprovera mengandung progesteron sebanyak 150 mg dalam bentuk partikel kecil. Suntikan setiap 12 minggu. Keuntungan suntikan dapat dilakukan tiga bulan sekali . kerugiannya sering terjadi terlambat datang bulan sekalipun telah menghentikan suntikan, dapat terjadi perdarahan berkepanjangan diluar menstruasi, badan terasa panas
- b) Cyclofem mengandung progesteron sebanyak 50 mg dan estrogen. Disuntikan setiap bulan. Diharapkan agar menstruasi setiap bulan. Diharapkan agar menstruasi setiap bulan karena komponen estrogennya. Kerugian sering terjadi kegagalan menstruasi yang diharapkan setelah pemakaian.



Gambar 2.17

KB Suntik 1 dan 3 bulan

Sumber : [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen\\_0585\\_KB\\_Suntik.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_KB_Suntik.png)

- a) Cara kerja

Menurut Saifuddin (2010:41), cara kerja dari suntikan progestin adalah :

- 1) Mencegah ovulasi
- 2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi.
- 3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

b) Keuntungan

Keuntungan KB suntik antara lain:

- 1) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 Minggu
- 2) Tingkat efektifitas tinggi
- 3) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas
- 4) Pengawasan medis yang ringan
- 5) Dapat diberikan pasca persalinan, pasca keguguran, pasca menstruasi
- 6) Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi.

c) Kerugian KB suntikan

Kerugian KB suntikan antara lain

- 1) Perdarahan yang tidak menentu
- 2) Terjadi amenore (tidak datang bulan) berkempanjangan.
- 3) Masih terjadi kemungkinan hamil.

d) Indikasi

- 1) Nulipara dan yang telah memiliki anak
  - 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
  - 3) Meyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
  - 4) Setelah abortus atau keguguran
  - 5) Perokok
  - 6) Hipertensi, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit
  - 7) Anemia defisiensi berat
  - 8) Mendekati usia menopause yang tidak mau/ tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- e) Kontra indikasi
- 1) Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)
  - 2) Tidak dapat menerima kejadiannya gangguan haid, terutama amenore
  - 3) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
  - 4) Diabetes melitus disertai komplikasi
- (Saifuddin ,2010:41)

## 6. Implant

a) Pengertian

Implan adalah kontrasepsi yang disusupkan atau ditanam dibawah kulit (Maryanani, 2016:552)

Menurut Hartanto 2004, implant adalah alat kontrasepsi yang berbentuk kapsul kosong silasic (karet silikon) yang diisi dengan hormon dan ujung-ujungnya kapsul ditutup dengan silasic adhesive (Hidayati, 2016:58).



Gambar 2.18  
KB Impant  
Sumber : Affandi, 2009:89

b) Mekanisme

- 1) Mengentalkan lendir serviks uteri sehingga menyulitkan penetrasi sperma.
- 2) Menimbulkan perubahan-perubahan pada endometrium sehingga tidak cocok untuk implantasi zygote.
- 3) Dapat pula menghalangi ovulasi

c) Kelebihan/ keuntungan

Dipasang selama lima tahun, kontrol medis ringan, dapat dilayani didaerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi, biaya murah. Praktis, efektif, tidak ada faktor

lupa, tidak menekan produksi ASI, masa pakai panjang 5 tahun.

d) Efek Samping

Efek samping antara lain adalah gangguan pola haid seperti terjadi spotting, perdarahan haid memanjang atau lebih sering berdarah (metrorrhagia) , amenore, mual-mual, anoreksia, pening, sakit kepala, kadang-kadang terjadi pada perubahan berat badan, timbulnya akne.

e) Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang c) Ibu menyusui
- 3) Pasca keguguran/abortus
- 4) Tidak menginginkan anak lagi,tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap.
- 5) Sering lupa mengkonsumsi pil.

f) Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi.
- 5) Miom uterus dan kanker payudara.

g) Waktu pemasangan

Waktu yang paling baik untuk memasang adalah sewaktu haid berlangsung atau pra-ovulasi dari siklus haid sehingga adanya kehamilan dapat disingkirkan.

h) Cara Pemasangan dan Pencabutan Implan

1) Cara Pemasangan

- (a) Siapkan peralatan, susun alat, periksa kelengkapan alat dan tempatkan pada tempat yang mudah dijangkau.
- (b) Beri penjelasan pada klien atas tindakan yang akan dilakukan
- (c) Minta klien untuk membersihkan lengannya yang akan dipasang implant dengan sabun dan air bersih.
- (d) Posisikan klien.
- (e) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir sesuai dengan standart pencegahan infeksi.
- (f) Pakai sarung tangan steril.
- (g) Usap tempat pemasangan implant dengan larutan antiseptic dan pasang duk berlubang yang steril. Usap tempat yang akan dilakukan insisi kearah

luar dengan gerakan melingkar, sekitar 8-13 cm dan biarkan kering.

- (h) Buat insisi pada lengan. Buat insisi dangkal selebar 2 mm hanya untuk menembus kulit.
- (i) Tusukkan trokar dan pendorongnya. Masukkan trokar jangan dengan paksaan. Jika terdapat tahanan, coba dari sudut lainnya (batas masuknya trokar sampai tanda strip ke dua).
- (j) Angkat trokar ke atas. Trokardi angkat ke atas untuk meletakkan kapsul tepat dibawah kulit, sehingga kulit terangkat.
- (k) Tarik pendorong keluar dan masukkan kapsul implant.
- (l) Tahan pendorong dan menarik trokar keluar, raba ujung kapsul dengan jari, untuk memastikan kapsul sudah keluar seluruhnya dari trokar.
- (m) Memutar ujung trokar, pastikan kapsul pertama bebas. (14) Fiksasi kapsul pertama dengan jari telunjuk. Geser trokar sekitar 15 derajat untuk memasang kapsul berikutnya. Keluarkan trokar setelah kedua kapsul terpasang.
- (n) Tekan tempat insisi dengan jari selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan.

- (o) Cuci tangan dengan sabun dibawah air mengalir.
- (p) Bereskan alat yang telah digunakan, mencuci dan mengembalikan ketempat semula
- (q) Beritahu klien tentang hasilnya dan beritahu rencana selanjutnya dengan jelas dan lengkap.

(Sulistyawati, 2011).

## 2) Cara Pencabutan

- (a) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis.
- (b) Tentukan lokasi dari impian dengan jari-jari tangan dan dapat diberi tanda dengan tinta atau apa saja.
- (c) Suntikkan anastesi local dibawah implant
- (d) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung- ujung implant pada daerah alas kipas
- (e) Keluarkan implant pertama yang terletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan.
- (f) Sampai saat ini dikenal 3 cara pengeluaran /pencabutan norplant.

### (1) Cara pop-out

Merupakan teknik pilihan bila memungkinkan karena tidak traumatis, sekalipun tidak selalu mudah untuk mengeluarkannya. Dorong ujung proksimal “kapsul” kearah distal dengan ibu

jari sehingga mendekati lubang insisi sementara jari telunjuk menahan bagian tengah kapsul, sehingga ujung distal kapsul menekan kulit. Bila perlu, bebaskan jaringan yang menyelubungi ujung kapsul dengan scapel.

Tekan dengan lembut ujung kapsul melalui lubang insisi sehingga ujung tersebut akan menyembut/pop out melalui lubang insisi. Kerjakan prosedur yang sama untuk semua kapsul yang tertinggal.

(2) Cara standard:

Bila cara pop-out tidak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem masquito, sampai kira-kira 0.5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang insisi. Putar pegangan klem pada posisi 180 disekitar sumbu utamanya mengarah ke bahu akseptor. Bersihkan jaringan-jaringan yang menempel disekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa steril sampai kapsul terlihat jelas. Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem

crille, lepaskan klem masquito, dan keluarkan kapul dengan klem crille. Cabut atau keluarkan kapsul-kapsul lainnya dengan cara yang sama.

(3) Cara “u”

Teknik ini dikembangkan oleh Dr. Untung Prawirohardjo dari Semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung distal kapsul, diantara kapsul ke 3 dan kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengan meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar ke arah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapat dibersihkan dari jaringan-jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar (Hartanto, 2015:145).

i) Efektifitas

0,2-1 kehamilan per 100 perempuan

7. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

a) Pengertian

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dipasang di dalam rahim sangat efektif, reversible, dan berjangka panjang (Saiffudin, 2013:80).

b) Jenis-jenis IUD

1) AKDR nonhormonal

(a) Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi dua yaitu : bentuk/open device misalnya Lippes Loop, Cu-T, Cu-7, Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T. Bentuk tertutup/close device misalnya Ota-Ring, Atigon, dan Graten Berg Ring.

(b) Menurut tambahan obat atau metal yaitu Medical IUD misalnya Cu-T 200 (daya kerja 3 tahun), Cu-T220 (daya kerja 3 tahun), Cu-T 300 daya kerja 3 tahun), Cu- T 380A (daya kerja 8 Tahun), Cu-7, Nova T (Daya kerja 5 tahun), ML-375 (daya kerja 3 tahun). Unmedicated IUD misalnya Lippes Loop, Marguiles, Saf T Coil, Atigon.

2) AKDR yang mengandung hormonal progestasert-T = Alza T dan LNG 20.

Jenis IUD/AKDR di Indonesia menurut Sukarni dkk,2013:371-372)

1) Copper –T

IUD berbentuk T terbuat dari bahan polythelene dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat lembaga halus ini mempunyai efek anti fertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik. IUD benrbentuk T yang baru. IUD ini melepaskan lenevrgestrel dengan kontrasepsi yang rendah selama minimal lima tahun.

2) Copper-7

IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud memudahkan pemasangan. Fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Copper T.

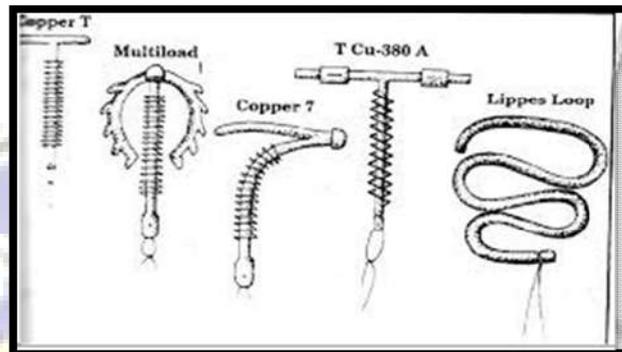
3) Multi Load

IUD ini terbuat dari plastik (polythelene) dengan tangan kiri dan tangan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Ada 3 ukuran multhi load yaitu standart, samall (kecil), dan mini.

4) Lippes Loop

IUD ini terbuat dari bahan polythelene. Bentuknya seperti spiral atau S bersambung. Untuk memudahkan kontrol di pasang benang pada ekornya lippes Loop mempunyai angka

kegagalan rendah. Keuntungan lainnya dari pemakaian spiral jenis ini ialah bila terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik.



Gambar 2.19

Jenis alat Kontrasepsi AKDR

Sumber : <https://www.google.co.id/macam+macam+kontrasepsi+iud&client.com>

c) Keuntungan

AKDR mempunyai keuntungan terhadap cara kontrasepsi yang lain karena

- 1) Umumnya hanya memerlukan satu kali pemasangan dan demikian satu kali motivasi
- 2) Tidak menimbulkan efek yang sistemik
- 3) Alat ekonomis dan cocok untuk pengguna secara massal
- 4) Efektifitas cukup tinggi
- 5) Reversible

d) Kerugian AKDR antara lain :

- 1) Masih terjadi kehamilan dengan AKDR in situ
- 2) Terdapat perdarahan (spotting dan menometroragia)

- 3) Leukorea, sehingga menguras protein tubuh dan liang senggama terasa lebih basah
- 4) Dapat terjadi infeksi
- 5) Tingkat akhir infeksi menimbulkan kemandulan primer atau sekunder dan kehamilan ektopik
- 6) Tali AKDR dapat menimbulkan perlukan portio uteri mengganggu hubungan seksual

e) Efek Samping

Efek samping umum :

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

f) Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Keadaan nulipara
- 3) Setelah melahirkan dan tidak mau menyusui
- 4) Tidak menghendaki metode hormonal
- 5) Perokok
- 6) Gemuk maupun kurus
- 7) Penderita tumor jinak payudara

g) Kontraindikasi Pemasangan AKDR

Kontraindikasi untuk pemasangan AKDR dapat dibagi atas 2 yaitu

1) Kontraindikasi relatif ialah

(a) Mioma uteri dengan adanya perubahan bentuk rongga uterus

(b) Insufisiensi serviks uteri

(c) Uterus dengan parut pada dindingnya seperti pada bekas seksio sesarea, mioma, dan sebagainya

(d) Kelainan yang jinak serviks uteri seperti erosio parsiones uteri

2) Kontraindikasi mutlak

(a) Kehamilan

(b) Adanya infeksi yang aktif pada traktus genitalis

(c) Adanya tumor ganas pada traktus genitalis

(d) Adanya metrorargia yang belum disembuhkan

(Winkjosastro, 2007:560).

h) Pemasangan

AKDR dapat dipasang dalam keadaan berikut:

1) Sewaktu haid berlangsung

Keuntungan dari pemasangan AKDR pada waktu ini antara lain:

- (a) Pemasangan lebih mudah karena serviks pada waktu itu agak terbuka dan lembek
- (b) rasa nyeri tidak terlalu keras
- (c) Perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan
- (d) Kemungkinan pemasangan pada uterus yang sedang hamil tidak ada.

- 2) Sewaktu Postpartum
- 3) Sewaktu post abortus
- 4) Beberapa hari setelah haid terakhir

i) Pemasangan IUD

1) Cara Pemasangan AKDR / IUD

(1) Konseling Awal

- (1) Sapa klien
- (2) Beri informasi umum KB
- (3) Informasi mengenai KB
- (4) Jelaskan apa yang diperoleh

(2) Konseling Metode Khusus

- (1) Jamin kerahasiaan klien
- (2) Kumpulan data klien
- (3) Tanya tujuan KB
- (4) Tanya agama
- (5) Kebutuhan dan Kekhawatiran

(6) Bantu klien memilih KB (11) Jelaskan efek samping IUD

(3) Konseling Pra Pemasangan dan Konseling

- (1) Solusi klien anamnesa
- (2) Melakukan pemeriksaan fisik dan panggul
- (3) Pemeriksaan Perut – Inspekulo – Bimanual
- (4) BAK – Cuci Kemaluan
- (5) Pakai pelindung – Cuci Tangan
- (6) Bantu klien naik tempat tidur
- (7) Palpasi perut
- (8) Kenakan penutup
- (9) Atur cahaya lampu
- (10) Pakai sarung tangan
- (11) Atur alat
- (12) Inspeksi Alat Genetalia Eksterna
- (13) Palpasi Klenjar skene bartholini
- (14) Pasang speculum
- (15) Inspekuloid
- (16) Keluarkan speculum
- (17) Periksa bimanual
- (18) Periksa vagina
- (19) Celup sarung tangan
- (20) Tindakan Pra Pemasangan

(21) Jelaskan proses pemasangan

(22) Masukkan lengan IUD

(23) Tindakan Pemasangan

- Pakai sarung tangan
- Pasang speculum
- Usap serviks vagina
- Jepit serviks
- Masukkan sonde
- Ukur uterus keluarkan sonde
- Ukur sonde dikemasan IUD
- Keluarkan IUD dari kemasan
- Memasukkan IUD posisi horizontal (Tarik Lembut Tanulum)
- Tahan / pegang tenakulum
- Lakukan "WITHDRAWEL"
- Keluarkan pendorong, dorong tabung ke partio sampai batang biru
- Keluarkan tabung dan buang ke tempat sampah
- Keluarkan tabung 3-4 cm, gunting benang
- Lepas tenakulum
- Tekan partio 30-60<sup>0</sup>

- Keluarkan speculum, pasien istirahat 15 menit

(24) Tindakan pasca pemasangan

- Rendam alat dekontaminasi
- Buang bahan / sampah
- Celup sarung tangan
- Cuci tangan
- Lepas pelindung
- Ajari klien

(25) konseling pasca pemasangan

- Ada efek samping- control
- Kapan harus control
- IUD dalam 5-8 tahun
- Boleh control setiap ada keluhan
- Minta klien untuk ulangi penjelasan

(26) Dokumentasi

2) Pencabutan AKDR (IUD)

(a) Tindakan Pra Pencabutan

- (1) Pastikan klien sudah mengkosongkan kandung kencingnya dan mencuci kemaluannya menggunakan sabun.
- (2) Bantu klien ke meja pemeriksaan.

(3) Cuci tangan dengan air sabun, keringkan dengan air bersih.

(4) Pakai sarung tangan baru yang telah di DTT.

(5) Atur peralatan dan bahan-bahan yang akan dipakai dalam wadah steril atau DTT.

(b) Tindakan Pencabutan

(1) Lakukan pemeriksaan bimanual:

- Pastikan gerakan serviks bebas
- Tentukan besar dan posisi uterus
- Pastikan tidak ada infeksi atau tumor pada adneska.

(2) Pasang speculum vagina untuk melihat serviks

(3) Usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik<sup>2</sup> sampai 3 kali.

(4) Jepit benang yang dekat dengan klem.

(5) Tarik keluar benang dengan mantap tetapi hati-hati untuk mengeluarkan AKDR.

(6) Tunjukkan AKDR tersebut tersebut pada klien, kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5%.

(7) Keluarkan speculum dengan hati-hati.

(c) Tindakan Pasca Pencabutan

(1) Rendam semua peralatan yang sudah dipakai dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit untuk dekontaminasi.

(2) Buang bahan-bahan yang sudah tidak terpakai lagi (kas, sarung tangan sekali pakai) ke tempat yang sudah disediakan.

(3) Celupkan kedua tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin tersebut.

(4) Cuci tangan dengan air dan sabun.

(5) Amati selama 5 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

(6) Diskusikan apa yang harus dilakukan bila klien mengalami masalah (seperti perdarahan yang lama atau rasa nyeri pada perut / panggul).

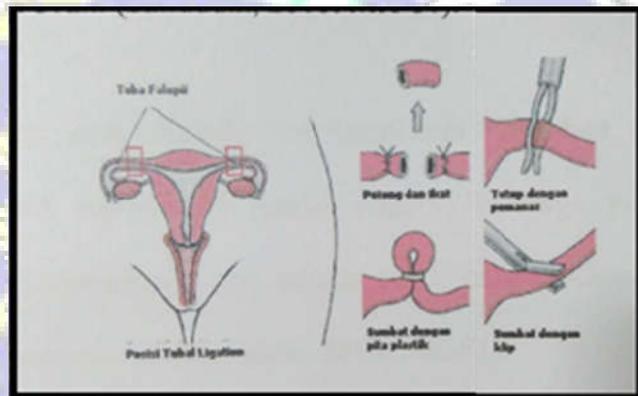
(7) Buat rekam medik tentang pencabutan

AKDR

## 8. Kontrasepsi Mantap

### a) Tubektomi

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan. Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin lagi punya anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.



Gambar 2.20  
Tubektomi

Sumber: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen\\_0585\\_KB\\_Tubektomi.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_KB_Tubektomi.png)

#### 1) Mekanisme kerja

Cara kerja dengan mengoklusi tuba fallopi (mengikat/memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum

#### 2) Keuntungan

- (a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)

- (b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breasfeeding)
- (c) Tidak bergantung pada factor senggama
- (d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko resiko yang serius.
- (e) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (f) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

### 3) Keterbatasan

- (a) Harus dipertimbangkan sifat mantap metode ini karena tidak dapat dipulihkan kembali
- (b) Pengguna dapat menyesal
- (c) Tidak melindungi dari infeksi menular seksual,, termasuk HBV dan HIV/AIDS
- (d) Dilakukan oleh dokter terlatih.

### 4) Indikasi

- (a) Usia > 26 tahun
- (b) Paritas > 2
- (c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendakannya

- (d) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
- (e) Pascasalin
- (f) Pasca keguguran

(g) Pada dan sukarela setuju dengan prosedur ini

#### 5) Kontraindikasi

(a) Hamil

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

(c) Tidak boleh menjalani proses pembedahan

(d) Kurang pasti keinginannya untuk fertilisasi dimasa depan

(e) Belum memberikan persetujuan tertulis

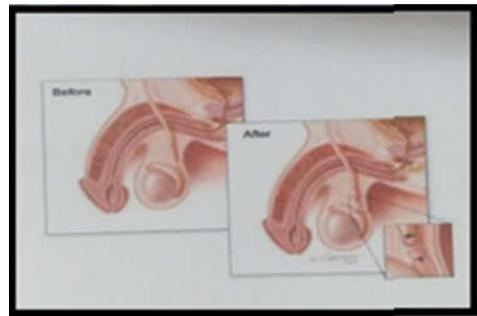
(Saifuddin, 2010:81)

#### b) Vasektomi

Metode kontraspasi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi .

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

2010:85)



Gambar 2.21  
Vasektomi

Sumber : [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen\\_0585\\_KB\\_IUD.png](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/blausen_0585_KB_IUD.png)

a) Keuntungan

- 1) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
- 2) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

b) Keterbatasan.

- 1) Permanen dan timbul masalah bila klien
- 2) Bila tidak siap kemungkinan ada dikemudian hari menikah lagi. rasa penyesalan
- 3) Perlu pengosongan depot sperma divasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
- 4) Ada nyeri/ rasa tidak nyaman pasca bedah
- 5) Perlu tenaga pelaksana terlatih
- 6) Tidak melindungi klien dari IMS (Saifuddin, 2010:86).

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

### 2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada 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.
- 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.
- c) Agama: sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.
- d) Pendidikan terakhir: sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi.
- e) Pekerjaan: data ini menggambarkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.

f) Suku/bangsa: data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan.

g) Alamat: selain sebagai data mengenai distribusilokasi pasien, data ini juga member gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan.

(Manuaba, 2010 :117-119)

## 2. Keluhan Utama

### 3. Alasan datang

Alasan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hanni dkk,2010:87)

### 4. Riwayat Menstruasi

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/kandungn, meliputi hal-hal berikut ini:

- a) Umur menarche
- b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- c) Lamanya
- d) Jumlah darah yang keluar
- e) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- f) HPHT, lama dan jumlahnya normal
- g) Disminorhea
- h) Perdarahan uterus disfungsional, misalnya spotting, menoragia, dan lalin-lain.

- i) Penggunaan produk sanitari (misalnya celana dalam, pembalut)
- j) Sindrom syok keracunan
- k) Sindrom premenstrual (Hani dkk, 2011:89).

#### 5. 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,2011:89)

#### 6. 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, 2009:145)

#### 7. Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan. (Hani dkk,2011:90)

#### 8. 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,2011:88-89)

#### 9. 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 di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi 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 2.10  
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

Tabel 2.11

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 mangkuk dan buah 1 potong sedang.
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	<b>Makan 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, 2013:201

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.

c) Pola Aktivitas

Berhubungan dengan sistem muskuloskeleta: 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.

d) Pola Istirahat dan Tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, tidur dalam posisi miring ke kiri, letakan beberapa 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.

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.

f) Personal Hygien

Menjaga kebersihan diri terutama lipatak kulit(ketiak, bawah buah dada, daerah genetalia) dengan cara membersihkan dengan air dan dikeringkan. (Saiuddin, 2009:90-95)

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 epinephrin, dan CO<sub>2</sub> meningkatkan risiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsia.

## 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.

## 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, 2011:268)

## 10. 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,2010:273)

## 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,2010:274)

#### 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,2010:274)

#### 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. 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, 2012:265)

2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm).

Curigai *hipotridisme* jika denyut nadi  $> 100x$ /menit.

3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah  $36-37,5$  °C. Bila suhu tubuh lebih dari  $37,5$  °C perlu waspadai adanya infeksi

(Romauli, 2011:173)

4) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit.

5) Antropometri

(a) Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada

saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah  $\geq 145$  cm.

(b) Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu.

(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)*.

(Manuaba, 2012:95-97)

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.

b) Leher

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis.

c) 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, *splitting*, 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)

d) Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih.

- 1) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit disebut *takikardi*.

2) Ukuran janin

3) Dengan cara 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  $n=11 = 11$ .

#### 4) Letak dan Presentasi

Letak dan presentasi dapat diketahui menggunakan palpasi. Salah satunya dengan cara palpasi yang sering digunakan adalah Leopold, yaitu:

(a) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus

(b) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan.

(c) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi).

(d) Leopold IV : untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

#### e) Anus

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi

dinidng vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus mengakibatkan peningkatan tekanan, secara spesifik juga secara umum pada vema hemoroid.

f) 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.

g) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena 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. 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 (Romauli, 2011:173-176)

### 3. Pemeriksaan Penunjang

#### a) Pemriksaan Darah

##### 1) Hemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan *Haeomoglobin* (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 < 7g%

##### 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*.

#### b) Pemeriksaan Protein Urine

Pemriksaan 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 (++++).

c) Pemeriksaan Reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Pemriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode *Frhling*

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) 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. (Romauli, 2011:187-188).

### 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<sub>1</sub>>1P<sub>APIAH</sub> usia kehamilan 20-40 minggu tunggal intrauteri , situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokonng, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik.

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. (Manuaba, 2012:123)

### D. Perencanaan

**Dianos** Kebidanan: G<sub>1</sub>>1P<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.

Tujuan : Ibu dan janin, sejahterah 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 Labolatorium

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 Geger (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 hygien, 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 mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan 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.

- 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 Vrney, Kriebs dan Gegor(2007:540)

(a) Jelaskan penyebab edema

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

(b) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak di tinggikan.

R/ Mengurangi penekanan pada vena dalam panggul

(c) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul

(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 menggunakan penyokong atau korset pada abdomen maternal

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul.

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, the, *softdrink*.  
R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.
- (c) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK  
R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.
- (d) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan akan menguranginya 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 : Iu bisa BAB 1-2x/hari

Intervensi menurut Pantiawati (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 memivu 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 ketegangan otot, 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 beridri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan  $O_2$  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 (2008:432)

(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 di depan dari posisi setengah jongkok.

(b) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R/ Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra 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 penganjal

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 kaus 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 (2012:105)

(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 menrun, serta pergeseran lambung karena pembesaaan 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, berbumbung merangsang dan pedas.

R/ Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meingkatkan 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 berbarig 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 ditegakan

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 Romauli (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 glmerulus* atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan.

### **E. Implementasi**

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007:6).

### **F. Evaluasi**

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.



## 2.2.2 ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

### I. Pengkajian Data

#### 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.

###### b) Umur

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.

###### c) Agama

Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.

###### d) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya.

e) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu, gunannya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, karena ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut.

f) Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dari keluarga yang berkaitan dengan persalinan .

g) Alamat

Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah apabila diperlukan.

(Sulistyawati,2011:220)

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 kencang0kencang di perut,bagaimana intnsitas dari frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lender bercampur darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraanya.

Biasanya ibu yang akan bersalin datang dengan keluhan seperti:

**a) Pinggang terasa sakit menjalar ke depan**

- b) Mengeluarkan lender dan darah
- c) Mengeluarkan cairan (air ketuban)

(Ari sulistyawati, 2010:33)

### 3. Riwayat kebidanan

#### 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 (Rohani,2014:140).

Riwayat menstruasi menurut (Marmi,2014:140):

#### 1) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali.

Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

#### 2) Siklus haid

Siklus haid yang klasik adalah 28 hari  $\pm$  2 hari, sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

#### 3) Hari pertama haid terakhir

HPHT dapat dijabarkan untuk memperhitungkan tanggal tafsiran persalinan. Bila siklus haid  $\pm 28$  hari, rumus yang di pakai adalah +7, bulan -3, tahun +1.

#### 4. Riwayat kehamilan

##### a) 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.

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 untuk mengenali secara dini berbagai penyulit atau gangguan kesehatannya yang terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan, atau baru akan menampilkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya perdarahan antepartum yang disebabkan oleh plasenta previa.

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,2007:91)

#### 5. Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan dapat mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks.

Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetic, ketidak seimbangan hormone, atau inkompetensi serviks.

#### 6. Persalinan yang lalu

a) Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini sehingga memungkinkan untuk membedakan persalinan antara primigravida dan gravid selanjutnya serta persalinan dengan paritas yang lebih tinggi. Untuk mengidentifikasi kelahiran melalui SC atau kelahiran operatif pervaginam sebelumnya.

b) Ukuran bayi yang terbesar dilahirkan pervaginam memastikan keadekuatan panggul wanita untuk ukur bayi saat ini. Selain itu juga untuk mengantisipasi kemungkinan komplikasi jika di banding dengan perkiraan berat janin.

- c) Wanita yang memiliki riwayat melahirkan bayi kecil dari ayah yang sama cenderung memiliki bayi kecil juga pada kehamilan ini.
- d) Semua wanita dengan riwayat SC pada segmen uterus bawah (insisi transversal bawah atau vertical bawah) dan tidak memiliki kontraindikasi dianjurkan menjalani persalinan pervaginam. (Varney et al,2008:780)

#### 7. Riwayat nifas yang lalu

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).

#### 8. 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).

#### 9. Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor keluarga berencana (KB) sebelum hamil atau tidak. Metode kontrasepsi yang digunakan apa dan sudah berapa lama ibu menjadi akseptor KB serta rencana KB apa yang akan digunakan ibu (klien) setelah melahirkan (Fathma, 2014:126).

#### 10. 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 (Sarwono, 2009:526).

#### 11. 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 genetik. Informasi ini juga dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etnik yang diperlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui penyakit organik yang memiliki komponen herediter (Marmi, 2011:160). Kejadian kehamilan ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Sarwono, 2009:526).

## 12. Data fungsional kesehatan

### a) Pola 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 kandungnya. Selain maknan,berapa kali minum dalam sehari juga perlu unuk dipertanyakan,, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan.

Ibu diperbolehkan mengkonsumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energy. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan peningkatan resiko regurgitasi dan aspiriasi isi lambung.

### 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.

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.

d) Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah.

Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- 1) Kapan terakhir tidur
- 2) Berapa lama

e) Aktivitas sehari-hari

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.

f) Personal hygiene

Data ini perlu kita gali karena akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani proses persalinnya. Beberapa pertanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien.

g) Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yng 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.

## h) Riwayat kebiasaan

### 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.

### 2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya.

### 3) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko.

Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian.

(Marmi, 2011:126)

### 13. Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapat di nilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan 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, dan tantangan (Marmi, 2011:129).

#### **B. Data Obyektif**

##### 1. Pemeriksaan Umum

###### a) Keadaan Umum

Menurut Sulistyawati (2011:226), 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 dimasukkan 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), somnolens (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 (TD)

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai dengan peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali etingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat di hindari. Diukur untuk mengetahui preeklamsia, yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg.

## 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 tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit.

## 3) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi.

## 4) Pernapasan

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

Ibu hamil yang akan bersalin seringkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas dengan cepat atau menahan nafas merupakan tanda-tanda kepanikan. Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:173).

#### d) Pemeriksaan Antropartum

##### 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.

##### 2) Berat badan

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian volume darah, volume darah, dan cairan ekstraselular. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

Pada trimester ke 2 dan ke 3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg. Kenaikkan berat badan  $>0,57$  kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya preeklamsia (Saifuddin, 2011:180).

Tabel 2.12

Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks 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	≥7
Gemeli		16-20,5

Sumber : Sarwono,2009:231

### 3) LILA

Standar minimal LILA pada wanita dewasa adalah 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi Kronik (KEK). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan ptugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kalitas maknannya (Romauli,2011:173).

## 2. Pemeriksaan fisik

### a) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaa edema yang merupakan tanda klasik pre eklamsia. Edema adalah penimbunan secara umum dan berlebihan dalam jaringan

tubuh, dan biasanya dapat di etahui dari kenaikan berat badan dan pembengkakan kaki,jari tangan, dan muka.

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.

c) Mulut dan gigi

Mulut simetris atau tidak, bibir kering atau tidak, gigi terdapat caries atau tidak (Baety,2012:5). 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.

d) Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskulisasi (Saifuddin,2010:186). 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.

## e) Payudara

Menjelang proses persalinan, 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

## f) Abdomen

Lihat bentuk, bekas oprasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, taksiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ), palpasi kandung kemih.

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.

3) Memantau denyut jantung janin

Denyut jantung janin (DJJ) yang normal adalah kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit.

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 memasukii rongga panggul.

(d) 2/5 jika hanya sebaagiann dari bagian terbawah janin masih berada diatas 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 diatas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam rongga panggul.

(f) 0/5 bagian terbawah janin sudah tidak dapat di raba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian

terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul (Saifuddin, 2011:180).

g) Genetalia

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 .

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 acuminate atau tidak, kemerahan atau tidak. Perineum ada luka bekas episiotomy atau tidak.

h) Anus

Periksa kebersihan pada anus adakah hemeroid atau tidak. kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum.

i) Ekstermita

Terutama pada pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hupavitaminose dan penyakit urat saraf. 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. (Wiknjosastro, 2007:282).

### 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 *engangement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi danmenentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin.

#### b) Tinggi fundus uteri (TFU)

Menurut MOchtar (2011:41) usia kehamilan berdasarkan cm sesuia usia kehamilan dalam minggu adalh seperti pada di tabel berikut:

Tabel 2.13

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 simfiss
34	31 cm di atas simfisis
36	32 cm di atas simfisis
38	33 cm di atas simfisis

40	37,7 cm di atas simfisis
----	--------------------------

Sumber: Mochtar,Rustam, 2011:41

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri menurut Manuaba (2012:100) adalah seperti pada tabel berikut:

Tabel 2.14

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Usia kehamilan
1/3 di atas pusat	28 minggu
1/2 pusat-prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi arcus costae	36 minggu
Dua jari (4cm) di bawah prosesus xifoideus	40minggu

Sumber : Manuaba,2010:100

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 katakan jarak di bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke

puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurang 11 atau 12 hasilnya di kalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Pengurangan 11 atau 12 tergantung dari posisis kepala bayi. Jika kepala di atas atau pada spina ischiadika maka di kurang 12, jika kepala di bawah spina isciadika maka di kuran 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:

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

n : posisi kepala masih diatas spina isciadika atau bawah.

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

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat di lihat tabel berikut:

Tabel 2.15

TBJ normal untuk usia kehamilan trimester III

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

Sumber : Manuaba,2012:89

#### d) 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 buny 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 asfeksia
- 3) (8-7-8) kesimpulan teratur, frekuensi 92x/menit, janin dalam keadaan asfiksia (Jannah, 2009:35-36).

#### e) HIS

Pada kala II his semakin kuat dengan iterfal 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.

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.

## 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.

## 3) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban.

## 4) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008:40).

## f) 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.

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- 1) Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- 2) Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap
- 3) Untuk menyelesaikan persalinan

## g) 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 promontorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka dikategorikan sebagai panggul sempit (Wiknjosastro, 2008:56).

## 4. Pemiksaan Penujang

## a) 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

Pemeriksa darah dilakukan minimal 2 kali, yaitu pada trimester I dan trimester III (Manuaba, 2010:239)

## b) 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*.

c) 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:

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

d) 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.

e) Non Stress 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 (Mochtar, 2011:45)

**C. Analisa / Diagnosa Kebidanan**

1.  $G_{\geq 1}P_0 > UK$  37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

a) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan.

b) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.

- c) Kala II dengan kemungkinan masalah:
- 1) Kekurangan cairan.
  - 2) Infeksi.
  - 3) Kram Tungkai.
2. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
3.  $P_{\geq 1}$  Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah :
- a) Retensio plasenta.
  - b) Avulsi tali pusat.
4.  $P_{\geq 1}$  Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi:
- a) Atonia uteri.
  - b) Robekan vagina, perineum atau serviks.
  - c) Subinvolisio sehubungan dengan kandung kemih penuh.
- (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:722)

#### **D. Perencanaan**

1.  $G_{\geq 1}P_{0>}$ UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, 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 : KU baik, kesadaran komposmentis.

a) TTV dalam batas normal

T: 100/60 – 130/90 mmHg

S: 36 – 37°C

N: 80–100x/menit

R: 16 – 24x/menit

b) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.

c) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multigravida <7 jam.

d) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.

e) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.

f) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.

g) Plasenta lahir spontan, lengkap.

h) Perdarahan <500 cc.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:79-87):

a) Perhatikan psikososial ibu dan beri dukungan mental pada ibu dengan menghadirkan keluarga.

Anjurkan agar ibu selalu didampingi oleh keluarganya selama proses persalinan dan kelahiran bayinya. Dukungan suami, keluarga, dan kerabat yang disukai ibu sangat diperlukan dalam menjalani proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta 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.

- b) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

R/Persiapkan energi ibu untuk persalinan.

- c) Bantu ibu memilih posisi yang nyaman dengan tidur miring kiri.

Ibu dapat istirahat/tidur dengan posisi apapun kecuali pada posisi berbaring telentang. Hal ini dikarenakan jika ibu berbaring telentang 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 telentang 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.

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

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

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

3) Bila his kuat, kepala masuk pintu atas panggul, ketuban  $\oplus$  pasien tidak boleh jalan karena dengan jalan his akan bertambah kuat dan lebih cepat mendorong anak, sehingga persalinan akan terjadi terlalu cepat.

4) Bila his kuat, presentasi sudah masuk lebih dalam, ketuban  $\ominus$  atau  $\oplus$ , penderita tidak boleh jalan dan harus tidur miring kiri agar tidak terjadi persalinan yang terlalu cepat.

R/Mempercepat penurunan kepala janin.

e) Observasi TTV

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

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

3) Nadi setiap  $\frac{1}{2}$  jam.

4) Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi.

- 5) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin, asetan dan protein tiap 2-4 jam .

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

- f) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kencing tiap 2 jam.

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

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

- g) Tunggu pembukaan lengkap. Jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal. Berikut adalah langkah-langkah asuhan persalinan normal menurut Wiknjosastro (2008):

- 1) Mengenali tanda dan gejala kala II.

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

- (1) Mengenali Tanda dan Gejala Kala II.

- (a) Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- (b) Ibu merasa adanya tekanan pada anus.

(c) Perinium menonjol.

(d) Vulva dan sfingter ani membuka.

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan cepat.

(2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

(a) Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

R/Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan.

(3) Pakai celmek plastik.

R/Untuk perlindungan diri

(4) Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dengan air bersih dan mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/Menjaga diri tetap steril dan bersih

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

R/Sebagai perlindungan diri dari setiap cairan aatau pathogen yang menular melalui darah.

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

(7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekannya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

(a) Jika introirus vagina, perinium atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan kebelakang.

(b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

(c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% langkah 9).

R/Untuk menjaga kebersihan perineum dan vulva ibu.

(8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.

R/Amniotomi untuk memecahkan ketuban yang belum pecah.

- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/Untuk memusnahkan atau memastikan mikroorganisme yang pathogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalkan resiko infeksi pada petugas kesehatan.

- (10) mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/Untuk memusnahkan atau memastikan mikroorganisme yang pathogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalkan resiko infeksi pada petugas kesehatan.

Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.

(a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

(b) Mendekontaminasi hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.

(c) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

R/Persiapan keluarga dan klien yang optimal akan membuat klien dan keluarga lebih kooperatif.

(11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

(a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua tamuan yang ada.

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

R/Pembukaan sudah lengkap dan ibu siap dipimpin untuk meneran.

(12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/Posisi sangat menentukan kenyamanan ibu saat bersalin.

(13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

(a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.

(b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

(c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama).

(d) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

(e) Anjurkan keluarga member dukungan dan semangat untuk ibu.

(f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).

(g) Meniali DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

(h) Segera merujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

R/Dukungan sangat dibutuhkan oleh ibu untuk motivasi.

(14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60menit.

R/Jalan-jalan dapat mempercepat pembukaan vulva.

(15) Mempersiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta peralatan yang dipakai untuk menolong.

(16) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. Letakkan handuk/kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.

(17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat da bahan.

(18) Pakai sarung tanagn DTT pada kedua tangan.

Mempersiapkan tempat mauapun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

(19) Persiapkan Pertolongan Kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat dapat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

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

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

#### Kelahiran Kepala.

(21) Periksa Kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

R/Tali pusat dipotong dan ditali agar tidak terjadi perdarahan.

(22) Tunggu kepala bayi putar aksi luar, pegang secara spontan.

R/Menunggu kepala bayi keluar dengan sendirinya.

(23) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparental, Anjurkan ibu untuk meneran disaat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kebawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/Meneran dapat membantu mempercepat keluarnya kepala bayi.

(24) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan kebawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

(25) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan

kaki. Pegang kedua mata kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

R/Sangga susur diperlukan untuk menolong bayi baru lahir.

(26) Lakukan penilaian bayi baru lahir dengan dua pertanyaan yaitu :

(a) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(c) Jika bayi tidak menangis kuat, tidak bernafas atau megap-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

(27) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk kering. Biarkan bayi berada diatas perut ibu.

R/Agar tidak terjadi hipotermi dan bayi tetap hangat.

(28) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi yang kedua dalam uterus (hamil tunggal)

(29) Beri tahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

(30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal latelar (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

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

(32) Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

(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 aau 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 disiapkan.

(33) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu.

Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(34) Slimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

(a) Kala III

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

R/Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

(35) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

(36) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

(37) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penanganan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

Mengeluarkan Plasenta

R/Masase uterus untuk merangsang kontraksi uterus.

(38) Lakukan penanganan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga jarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

(a) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

(1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

(2) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4) Ulangi penengangan tali pusat 15 menit berikutnya.

(5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi baru lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

(39) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilin kemudian dilahirkan dan

tempatkan plasenta pada wadah yang telah disiapkan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

(40) Rangsangan taktil (masase uterus)

R/Masase uterus merangsang kontraksi.

(41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (Fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

(42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantong plasti atau tempat khusus.

(43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

R/Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

Kala IV : (Wiknjosastro, 2008:114-121)

Menilai perdarahan

Melakukan prosedur pasca salin

(44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

(45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit didada 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 didada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

(46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL.

(47) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotic, profilaksis dan vitamin K<sub>1</sub> 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral.

Setelah 1 jam pemberian vitamin K<sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan anterolateral.

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

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusu dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

(48) Lakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

(a) 2-3 x dala 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.

Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.

(49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kotraksi.

R/Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan postpartum.

(50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

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

(a) Memeriksa temperature suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam postpartum.

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

- (52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal ( $36^0$ - $37,5^0$ C).
- (53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
- (54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- (55) Bersihkan ibu dengan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- (56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu member ASI. Anjurkan keluarga member makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- (57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

#### Dokumentasi

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

## 2. Masalah dalam Kala I :

### 1) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan : Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria : Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

#### a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu

R/Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan

#### b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/Seorang ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

#### c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang diberlakukan.

R/Ibu paham untuk dilakukannya prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

### 2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria: a) Nyeri punggung berkurang

b) Ibu tidak merasa cemas

c) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

- a) Hadirkan orang terdekat ibu.
- b) R/Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.
- c) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan.  
R/Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.
- d) Berikan usapan punggung.  
R/Usapan punggung meningkatkan relaksasi.
- e) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipás.  
R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.
- f) Pemberian kompres panas pada punggung.  
R/Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

3. Masalah pada Kala II :

- 1) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008: 116)

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria : a) Nadi 76-100 x/menit

b) Urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

- a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum.

- b) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NS 125cc/jam.

R/Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

- c) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan risiko terjadinya dehidrasi.

- 2) Infeksi (Wiknjosastro, 2008:116)

Tujuan: Tidak terjadi infeksi.

Kriteria: Tanda-tanda vital:

- a) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)

- b) Suhu: 36-37,5

- c) KU baik

- d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

- a) Baringkan miring ke kiri.

R/Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam.

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

- c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral.

R/Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetri..

- 3) Kram Tungkai (Varney, Kriebs dan Gegor, 2007:722)

Tujuan: Tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria: Sirkulasi darah lancar.

Intervensi:

- a) Luruskan tungkai ibu inpartu.

R/Meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstremitas bawah.

- b) Atur posisi dorsofleksi.

R/Relaksasi ynag dilakukan secara bergantian dengan dorsofleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri.

- c) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai.

R/Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada risiko trombi tanpa sengaja terlepas.

4. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan).

Tujuan : Dapat melewati masa transisi dengan baik.

Kriteria : 1) Bayi menangis kuat.

2) Bayi bergerak aktif.

Intervensi menurut Kepmenkes no 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan :

- a) Observasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi.

R/Tanda-tanda vital bayi merupakan dasar untuk menentukan keadaan umum bayi.

- b) Jaga suhu tubuh bayi tetap hangat.

R/Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

- c) *Bounding attachment* dan lakukan IMD.

R/*Bounding attachment* dapat membantu ibu mengatasi stress sehingga ibu merasa lebih tenang dan tidak nyeri pada saat plasenta lahir. Sedangkan IMD meningkatkan jalinan kasih sayang ibu dengan bayi.

d) Berikan vitamin K1 secara IM sebanyak 0,5 mg.

R/Vitamin K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

e) Berikan salep mata.

R/ Salep mata sebagai profilaksis.

#### 5. Masalah Pada Kala III :

1) Retensio plasenta (Wiknjastro,2008:114).

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap.

Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal.

Intervensi menurut Wiknjastro (2008) :

a) Plasenta masih di dalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 atau 18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin.

(1) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut.

(2) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetri.

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan.

2) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : Avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap.

Kriteria : Tali pusat utuh.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:119) :

- a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.
- b) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.
- c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.
- d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

#### 6. Masalah Pada Kala IV :

- 1) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:115).

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi.

Kriteria : a) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar.

b) Perdarahan <500cc.

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:108-110) :

- a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.
- b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual Eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau

misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan Ringer Laktat yang mengandung 20 unit oksitosin.

- c) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.
- d) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.
- e) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

2) Robekan vagina, perineum atau serviks.

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria : a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik.

b) Perdarahan <500 cc.

Intervensi:

- a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.
- b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

- (1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.
- (2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
- (3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawatdarurat obstetri.
- (4) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

#### **E. Implementasi**

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Saifuddin, 2011:189).

#### **F. Evaluasi**

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi atau penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Menurut Kepmenkes RI (2007:7), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.



## 2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

### I. Pengkajian data

#### A. Data Subyektif

##### 1. Biodata

###### a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kekeliruan dalam memberikan penanganan.

###### b) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki risiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan >35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan post partum, jadi usia reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi berkisar dari 20-35 tahun.

###### c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa.

###### d) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga memengaruhi kesejahteraan ibu.

## e) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan.

## f) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien

## g) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas.

## h) Penanggung jawab

Untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui. (Ambarwati, 2010:131).

## 2. Keluhan utama

Menurut Varney et al (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

a) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

b) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomy derajat 3 atau 4.

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

3. Riwayat kesehatan

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae.

b) Penyakit TBC

Ibu dengan *tuberculosis* aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi.

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi).

d) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub>.

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas:

- 1) Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.
- 2) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.
- 3) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung. (Manuaba, 2012:337)

4. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai macam infeksi (Sukarni, 2013:298).

## 5. Riwayat kebidanan

### a) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum menstruasi, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki.

### b) 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.

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. Pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk membicarakan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontak wanita (Metode Operasi Wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontak dapat dilayani setiap saat dikehendaki. (Manuaba, 2012:204)

6. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nurisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui).

b) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak

lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan. Miksi dan defeksi diatur sehingga kelancaran kedua system tersebut dapat berlangsung dengan baik.

c) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

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.

d) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan memengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

e) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu untuk mengurangi rasa sakit pada punggung.

f) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu. (Saifuddin, 2009:128).

## 7. Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sbagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2009:87-90) membagi fase nifas menjadi 3 fase yaitu:

a) Fase *taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini ibu terfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- 1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya.
- 2) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu.
- 3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

b) Fase *taking hold*

- 1) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan.
- 2) Ibu mulai timbul rasa khawatir akan ketidaknyamanan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayinya.
- 3) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitive sehingga mudah tersinggung dan mudah marah.

c) Fase *letting go*

- 1) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.
- 2) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya.
- 3) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya.
- 4) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya.

8. Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pas masa nifas (2-4 jam pertama).

- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atonia uteri.
- e) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari.

#### **B. Data obyektif**

##### 1. Pemeriksaan umum

###### a) Kesadaran

Meliputi composmentis atau sadar penuh, apatis atau tak acuh terhadap keadaan sekitarnya, samnolen atau koma.

###### b) Tanda-tanda vital

###### 1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari

###### 2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan

nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat .

### 3) Suhu

Suhu  $38^{\circ}\text{C}$  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.

### 4) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, eksaserbasi asma, dan embolus paru. (Romauli, 2011:384).

## 2. Pemeriksaan fisik

### a) 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.

b) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis.

c) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI.

d) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih. Pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut:

1) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensio urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

## 2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

## 3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi.

## 4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costovertebral Angel*)

Nyeri yang muncul di area sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

e) 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.

f) Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat. (Manuaba, 2010:418).

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika HB 11g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8g%, anemia berat jika <7g% (Manuaba, 2010:239).

### C. Analisa / 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:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa Kebidanan:

$P_{1>A_{PIAH}}$ ... hari... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik.  $P_{1>A_{PIAH}}$ , 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, 2009:156).

#### **D. 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:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien dan atau keluarga

3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

a) Diagnosa:

P<sub>1</sub>/<sub>></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, 2009:126).

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi.

Kriteria: Menurut Manuaba (2012:114) adalah sebagai berikut:

- 1) Keadaan Umum: kesadaran composmentis.
- 2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras).
- 3) Tanda-tanda vital:

TD: 110/70-130/90 mmHg      N: 60-80 x/menit

S : 36-37,5°C                      R: 16-24 x/menit

#### 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.

(Sulistyawati,2009:123)

#### 5) Involusi uterus normal

Tabel 2.16  
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

Sumber: Ambarwati dkk, 2010:112)

#### 6) Lochea normal

Lochea rubra (kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14, berwarna putih (Manuaba, 2010:201).

#### 7) KU bayi baik

R: 30-60 x/menit

S: 36,5-37,5°C

Intervensi menurut Suherni (2009:120):

(a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.

(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.

- (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.

- (d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ untuk menjarangkan kehamilan

- (e) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395).

b) Masalah

Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:101) antara lain:

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa.

- 2) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB.

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ membantu memperlancar eliminasi.

Masalah 2: Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:134) antara lain:

- 1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak.

- 2) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

- 3) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum.

Masalah 3 : *after pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suherni (2009:123-124) antara lain:

1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

2) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

3) Berikan analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat).

R/ mengurangi rasa nyeri.

Masalah 4 : 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 (2010:420) antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali.

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

- 3) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara.

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 7) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan.

R/ dapat mengurangi nyeri.

### **B. Implementasi**

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien atau pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Marmi, 2012:397).

### **C. Evaluasi**

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi segera setelah selesai melakukan asuhan kepada klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau

keluarganya. Hasil evaluasi harus ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien (Marmi, 2012:397).

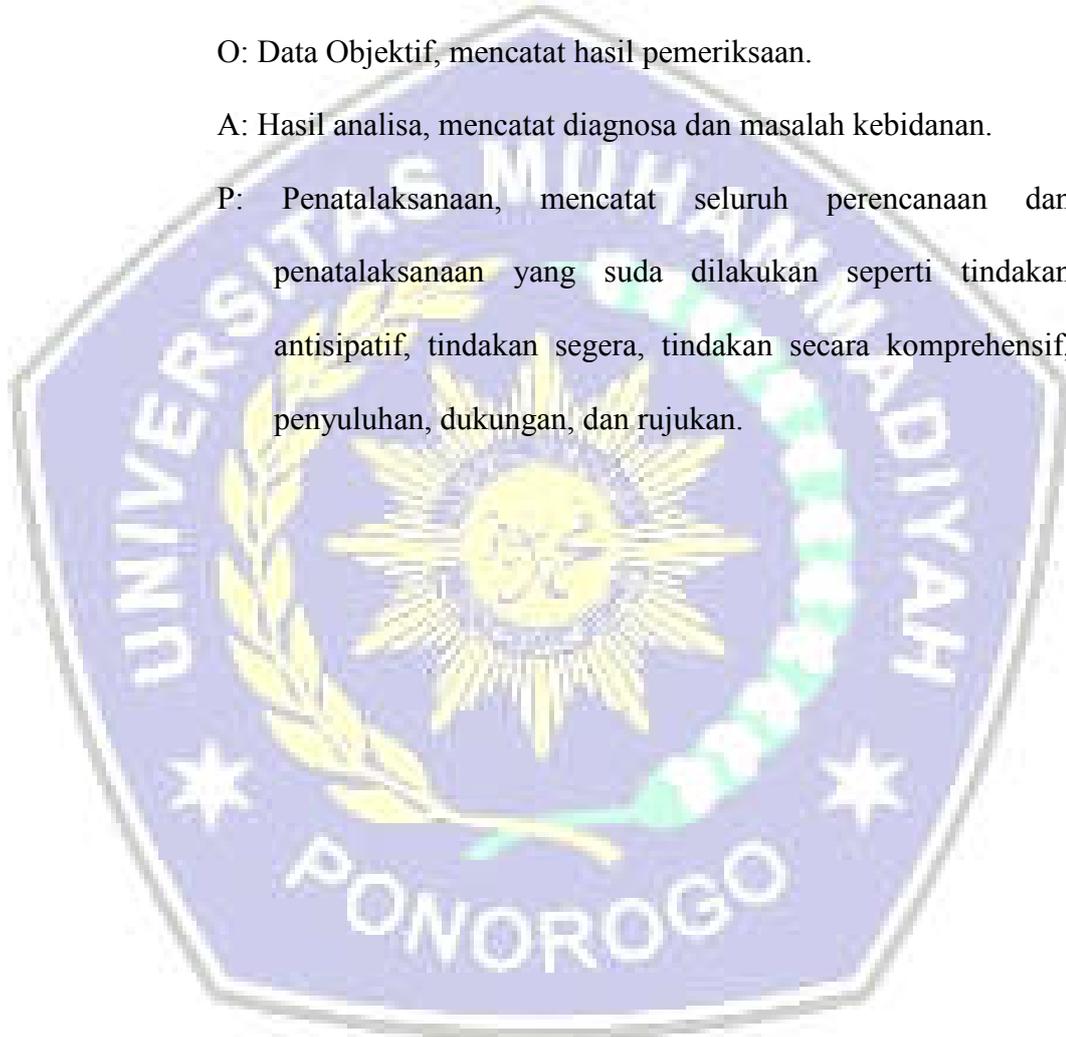
Menurut Depkes RI (2008), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP sebagai berikut:

S: Data Subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O: Data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A: Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P: Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang suda dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, dan rujukan.



## 2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan BBL

### I. Pengkajian data

#### A. Data Subyektif

##### 1. Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi.

##### 2. Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting. Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral truch* (moniliasis/sariawan), *diaper rash*.

##### 3. Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi prenatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir.

#### 4. 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 (Wals, 2012: 368).

#### 5. 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 (Walsh, 2012: 368).

#### 6. Pola kebiasaan sehari-hari

##### a) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhannya 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.

b) Eliminasi

1) 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.

2) 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.

c) 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.

Tabel 2.17  
Perubahan pola tidur bayi

Usia	Lama Tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Dewi, 2011: 29)

d) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampa sebanyak banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada tempramen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan.

e) Personal Hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok.

(Walsh, 2007: 368)

7. 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, 2011: 207).

## B. Data obyektif

### 1. Keadaan Umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$ . Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2006: 137).

### 2. Tanda- tanda Vital

#### a) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat sekitar 120-160 kali per menit.

#### b) 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  $36$ - $36,5^{\circ}\text{C}$ .

#### c) 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. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen. (Saifuddin, 2006: 137)

#### d) APGAR SCORE

Tabel 2.18  
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
Resporation (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

### 3. Antopometri

#### a) 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.

b) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram.

c) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang . ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain :

- 1) Diameter suboksipito-bregmatika :9,5-10 cm
- 2) Diameter oksipito-frontalis : 11 cm
- 3) Diameter mentop oksipitalis : 12 cm
- 4) Diameter mentop oksipitalis :13,5-15cm
- 5) Diameter sub mento-bregmatika : 9,5-10 cm

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain :

- 1) Diameter biparietalis : 9,5-10 cm
- 2) Diameter bitemporalis : 8-10 cm
- 3) Cirkumferensial fronto-oksipitalis : ±34 cm
- 4) Cirkumferensial mento-oksipitalis : ±35 cm
- 5) Cirkumferensial suboksipito bregmatika : ±32 cm

6) Lingkar dada 30-38 cm

7) Lingkar lengan 11-12 cm

(Vivian, 2010: 12-15)

#### 4. Pemeriksaan Fisik

##### a) 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, berbatas 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 *anansefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya.

##### b) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterine. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan

wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialis.

c) 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 menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan.

d) 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.

e) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitan dengan fistula atau atresia trakeosofagus.

## f) 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 kearah suara yang dikenalnya.

## g) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran thyroid, tidak ada krepitus atau fraktur. 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.

## h) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, paresis doaphragma 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.

i) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris.

j) Abdomen

Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentriskus persisten.

k) 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.

## l) Genetalia

### 1) 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.

### 2) 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.

### m) 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.

### n) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan

atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital.

o) 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. 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. (Marmi, 2014: 221)

## 5. Pemeriksaan Penunjang

### a) Refleks melangkah

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.

### b) 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.

### c) Reflek berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama.

### d) 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.

### e) Reflek mencari (*rooting reflex*)

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

f) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

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

g) Refleks terkejut (*moro 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. Refleksi ini juga berfungsi untuk mengkaji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem syaraf pusatnya.

h) Refleks babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

i) 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.

j) Refleksi ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau putting.

(Wiknjosastro, 2008: 134).

**C. Analisa / 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).

### 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

#### 1. Kriteria

- a) Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI (Wiknjosastro, 2006: 174).
- b) Nadi 120-160x/menit
- c) Suhu bayi 36,5-37,°C
- d) Frekuensi pernapasan rata rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007).
- e) Berat badan 2500-4000 gram

#### 2. Intervensi

- a) Lakukan inform consent

R/ Inform consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut

- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ Cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

c) Beri identitas bayi

R/ Identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan

d) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/ Membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi

e) Rawat tali pusat dan membungkus dengan kassa

R/ Tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi

f) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ Deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi

g) Ukur suhu tubuh bayi denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ Deteksi dini terhadap adanya komplikasi

h) 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

i) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari

### 3. Potensi Masalah

a) Masalah I : Risiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

(1) Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi, 2014: 207).

(2) Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009: 97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012: 302)

(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.

b) Masalah 2 : Risiko Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

- (1) Kadar glukosa dalam darah  $\geq$ mg/dl
- (2) Bayi tidak kejang, tidak letargi, pernafasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan nomotermi.

Intervensi menurut Marmi (2012: 306) :

(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

c) Masalah 3 : Risiko Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

(1) Kadar bilirubin serum  $\leq 12,9$  mg/dl

(2) Timbl pada hari ke-2 dan ke-3 setelah bayi lahir

(3) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera dan urine tidak berwarna kekuning-kuningan

(4) 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

(5) Mengkaji tanda dan gejala ikterik

R/ Pola penerimaan ASI buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya reflex moro, merupakan tanda-tanda vital enselepati bilirubin (kerniterus).

(6) Berikan ASI sesegera mungkin dan lanjutkan 2-4 jam

R/ Kolostrum sebagai pembersih selaput BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan

(7) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

(8) R/ Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan

d) Masalah 4 : Seborrhea

Tujuan : Seborrhea tidak terjadi

Kriteria :

(1) Cuaca dingin

(2) Jarang mencuci rambut

(3) Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012: 221-223):

(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

#### **D. Implementasi**

1. Merawat bayi diruang hangat dengan membungkus bayi dengan selimut dan meletakkan bayi dalam inkubator atau didekatkan disisi ibu
2. Merawat bayi dengan teknik aseptik dan abtiseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi
3. Melakukan dan mengajarkan kepada ibu kalau merawat tali pusat dengan steril dengan kassa kering dna steril
4. Mengajari ibu cara menyusui yang benar
  - a) Bayi menghisap pelan tapi kuat dan mulut membuka lebar
  - b) Puting sampai bagian aerolla payudara ibu masuk ke mulut bayi
  - c) Dada bayi menempel pada payudara atau dada ibu
  - d) Tangan dengan telinga dalam posisi lurus
5. Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin
6. Melakukan perawatan sehari-hari
  - a) Mengganti popok bayi ketika basah karena BAB.BAK
  - b) Memandikan bayi 2 kali sehari

c) Merawat tali pusat dengan kassa steril kering tanpa alkohol

7. Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir

a) Tidak dapat menyusu, hisapan lemah, mengantuk berlebih, banyak muntah

b) Nafas cepat lebih dari 60x/menit

c) Susah untuk dibangunkan atau lemah

d) Sering merintih

e) Suhu tubuh  $\leq 36,5^{\circ}\text{C}$  atau  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$

f) Warna kulit kuning (terutama timbul dalam 24 jam pertama)

g) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan nanah, bau busuk

h) Demam

i) Mata bayi merah (trauma saat lahir)

#### **E. 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 diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi klien. Dengan cara :

1. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien dan atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart

Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien atau pasien



## 2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Akseptor KB

### 1. Pengkajian Data

#### A. Data Subyektif

##### 1. Biodata

###### a) Umur

Wanita dan laki-laki usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan.

###### b) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB, atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2010: 592).

##### 2. Keluhan utama/Alasan pemakaian

Keluhan utama pada ibu paska salin menurut Saifuddin (2006: U-9) adalah ibu usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan dan ibu usia > 35 tahun tidak ingin hamil lagi.

##### 3. Riwayat kesehatan

Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai

komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Saifuddin, 2010:43).

#### 4. Riwayat kebidanan

##### a) Haid

Pada ibu paska salin tidak mengalami menstruasi dan dapat langsung menggunakan KB MAL. Ketika ibu mulai mendapatkan haidnya lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan KB lain disamping MAL. Perdarahan sebelum 58 hari paska persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid).

##### b) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Ibu dengan riwayat keguguran septic dan kehamilan ektopik, tidak diperkenankan menggunakan KB AKDR (Saifuddin, 2010: MK-63). Pada ibu paska keguguran ada infeksi pemasangan AKDR ditunda 3 bulan sampai infeksi teratasi (Saifuddin, 2010: U-53). Apabila pada persalinan terjadi perdarahn banyak hingga Hb < 7 gr% maka penggunaan AKDR ditunda hingga anemia teratasi.

(Saifuddin, 2010: -53)

## 5. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor , paska penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015: 168).

## 6. Pola Kebiasaan Sehari-hari

### a) Nutrisi

KB Hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya.

### b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksai otot.

### c) Istirahat/Tidur

Ibu peserta KB suntik sering mengalami gangguan tidur karena efek samping dari KB suntik tersebut, mual, pusing, sakit kepala.

### d) Aktivitas

Rasa lesu dan tidak bersemangat dalam melakukan aktivitas karena mudah atau sering pusing dan cepat lelah serta depresi.

e) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido.

f) Riwayat ketergantungan

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin. (Wiknjastro, 2006).

**B. Data Obyektif**

Setelah dibahas data subyektif untuk melengkapi data dalam menegakan diagnosis, maka harus melakukan pengkajian data obyektif melalui pemeriksaan infeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi secara berurutan. Data-data yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan Umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2006: MK-43). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser dan Cooper, 2009: 657).

2. Pemeriksaan Antropometri

Untuk pemakaian KB hormonal dapat terjadi kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg (Saifuddin, 2010: MK-48). Wanita dengan Indeks Masa Tubuh (IMT)  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  merupakan batas maksimal dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Saifuddin, 2006: U-30).

### 3. Pemeriksaan Fisik

#### a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi dan timbul jerawat pada penggunaan kontrasepsi progestin/

#### b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2006:MK-52). Dalam pemeriksaan konjungtiva palpebra pucat mengalami anemia yang memungkinkan terjadinya perdarahan hebat.

#### c) Payudara

Pembengkakan pada kelenjar tyroid dan limfe. Untuk pengguna KB MAL Pembesaran payudara simetris, kedua payudara tampak penuh, puting susu menonjol, ASI keluar lancar. Saat selesai menyusui kedua payudara tampak kenyal dan kosong.

Pemakaian KB hormonal memiliki kontra indikasi pada ibu yang memiliki kanker payudara dimana (pembesaran payudara yang tidak simetris, tegang, ada benjolan abnormal, ada cairan abnormal, puting susu ada tarikan ke dalam, kulit payudara Keterbatasan pada pengguna KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara.

d) Abdomen

Mengkerut seperti kulit jeruk, ada benjolan pada axilla). Tidak ada tanda-tanda hamil (hiperpigmentasi areola dan papila, payudara membesar dan tegang), tidak sesak nafas (Saifuddin, 2010: MK-55). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR antara lain mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat menyebabkan perdarahan hebat pada waktu haid.

e) Ekstermitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR.

(Saifuddin, 2006: MK-77)

### C. Diagnosis Kebidanan

$P \geq 1$ , umur 15-49 tahun, menggunakan KB MAL/AKDR/Kontap/ Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik

tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik, prognosa baik.

#### **D. Perencanaan**

1. Diagnosa :  $P \geq 1$ , umur 15-49 tahun, menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada/ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognosa baik

Tujuan : Ibu menjadi peserta KB

Kriteria :

- a) Ibu memilih alat kontrasepsi
- b) Ibu memakai metode sesuai dengan pilihannya

Intervensi menurut saifuddin (2010: U-3,U-4):

- 1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Rasional: Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri.

- 2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan).

Rasional: Dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien.

- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, kontraindikasi.

Rasional: Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.

- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.

Rasional: klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien.

Rasional: Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

Rasional: Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- 7) Persilahkan untuk klien dan suami mengisi *informed consent*.

Rasional: Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- 8) Konseling pra pelayanan KB paska salin meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian, indikasi, kontraindikasi, waktu penggunaan.

Rasional: Jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka dapat lebih mantap dalam pemakaian metode kontrasepsi.

- 9) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

Rasional: Pelayanan yang baik dapat memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

- 10) Memberikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi meliputi penyampaian efek samping penggunaan, yang harus dilakukan jika timbul keluhan dan jadwal kontrol ulang.

Rasional: Konseling pasca pelayanan ibu tidak akan khawatir jika ada efek samping dan kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

- a. Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2006:MK-47) :

- 1) Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorhea*.  
R/Mengetahui tingkat pengetahuan pasien
- 2) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim.  
R/Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya
- 3) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.  
R/Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

b. Masalah 2 : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2006:MK-33) :

- 1) Kaji keluhan pusing pasien  
R/Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.
- 2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c. Masalah 3: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2006:MK-47) adalah:

1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R/Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

a. Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Saifuddin (2006:MK-79) :

1) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR.

#### **E. Implementasi**

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2007: 6)

#### **F. Evaluasi**

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/atau keluarga.

Menurut Kepmenkes RI (2007: 7), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut

S : Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O : Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A : Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

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

