

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar**

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

###### **1. Definisi kehamilan**

Kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Dikatakan fisiologis bila ditentukan dari tanda-tanda vital normal, umur kehamilan sesuai, TFU sesuai dengan kehamilan, TBJ sesuai dengan kehamilan, DJJ normal, pemeriksaan laboratorium normal. (Sarwono, 2013).

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

Kehamilan adalah masa yang dimulai dari konsepsi dan diakhiri sampai adanya kelahiran janin dengan waktu hamil yang

normal adalah 280 hari atau 9 bulan lebih 7 hari yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir seorang wanita ( Prawirohardjo,2009)

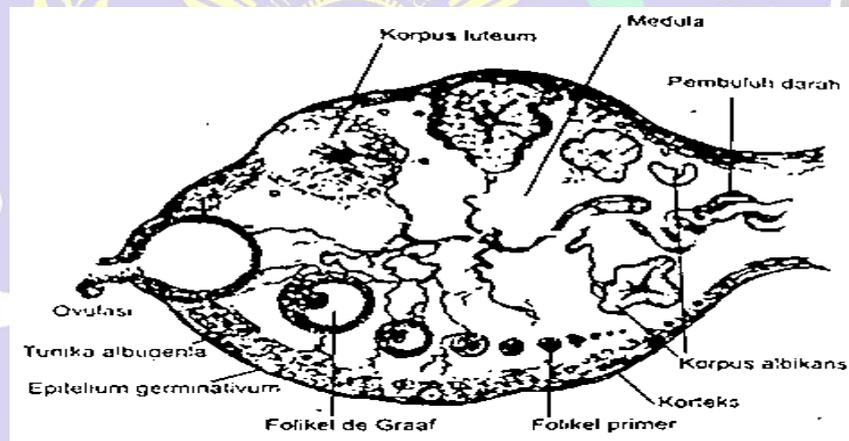
## 2. Fisiologis kehamilan

### a. Proses kehamilan

#### 1) Konsepsi

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

- a) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata yang mengandung persediaan nutrisi.



Gambar 2.1  
Indung telur (ovarium).  
Sumber: Manuaba,2010:80.

- b) Ovum dijumpai pada inti dalam bentuk metafase ditengah sitoplasma yang disebut vitelus.

- c) Dalam perjalanannya korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampula tuba.
- e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Spermatozoa menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri terjadi pelepasan kapasitasasi yaitu pelepasan lipoprotein dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Spermatozoa menuju tuba falopi. Selanjutnya akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses enzimatik. Melalui stomata sperma masuk ke dalam ovum, setelah kepala masuk ke dalam ovum ekornya akan lepas dan tertinggal di luar. Kedua inti ovum dan inti spermatozoa bertemu dan akan membentuk zigot (Manuaba, 2010).

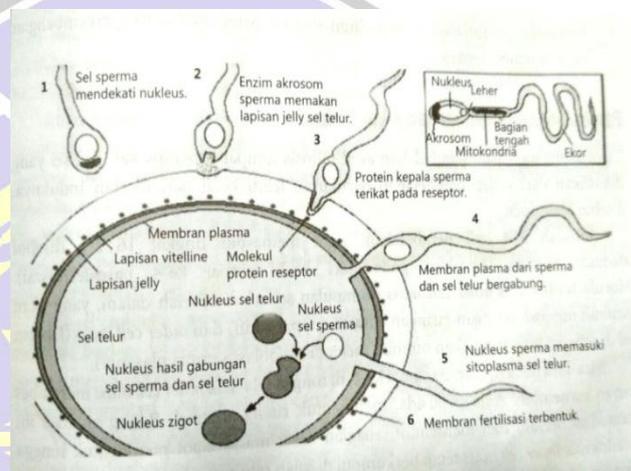
Agar terjadi kehamilan sebaiknya dilakukan sebelum tepat dihari wanita ovulasi karena sperma dapat hidup sampai tiga hari didalam vagina. Sedangkan ovum hanya bertahan 12-24 jam setelah dikeluarkan dari ovarium

(ovulasi). Kapan wanita mengalami ovulasi dapat dikenali melalui bentuk cairan vagina yang keluar. Jika terlihat bening, banyak, dan licin, maka kemungkinan besar wanita dalam keadaan subur. Cairan vagina secara bertahap akan menjadi kental berwarna putih keruh setelah melewati masa ovulasi. Selain mengamati karakter cairan vagina, ovulasi dapat juga diprediksi melalui perhitungan siklus menstruasi. Wanita mengalami ovulasi pada hari ke-12 sampai ke-14 siklus menstruasi, namun cara ini kurang dapat digunakan pada wanita dengan siklus menstruasi yang tidak teratur (Sulistyawati, 2012:35).

Diperkirakan ada 300 juta sperma yang dikeluarkan saat ejakulasi dan yang dapat ditampung oleh bagian belakang vagina, namun dalam perjalanannya hanya beberapa ribu saja yang dapat mencapai tuba fallopi. Lingkungan vagina yang asam dan adanya daya fagosit dari uterus membuat sebagian besar sperma tidak mampu untuk bertahan hidup, yang akhirnya dikeluarkan lagi melalui vagina (Sulistyawati, 2012:35-36).

## 2) Fertilisasi

Merupakan kelanjutan dari proses konsepsi, yaitu spermatozoa yang bertemu dengan ovum yang terjadi di dalam tuba falopi. Penyatuan sperma dengan ovum ini akan berubah menjadi zigot (Suririnah, 2009:55).



Gambar 2.2  
Proses Fertilisasi  
Sumber : Dewi, 2011: 69

## 3) Implantasi

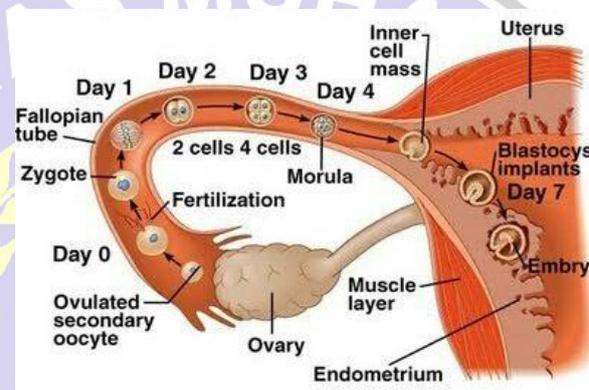
Implantasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai, disebut trofoblast yang mampu menghancurkan atau mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam fase sekresi. Jaringan endometrium ini banyak

mengandung nutrisi untuk buah kehamilan (Sulistyawati, 2012:37).

Blastulla dengan bagian yang berisi massa sel dalam (*inner cell mass*) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya kadang-kadang pada saat terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua yang disebut dengan tanda Hartman. Umumnya nidasi terjadi pada dinding atau belakang rahim (korpus) dekat fundus uterus (Sulistyawati, 2012:37).

Bila nidasi telah terjadi, dimulailah diferensiasi sel-sel blastulla. Sel-sel lebih kecil terletak dekat ruang *exocoelema* membentuk entoderm dan *yolk sac*, sedangkan sel-sel yang lebih besar menjadi entoderm dan membentuk ruang amnion. Terbentuklah suatu lempeng embrional diantara amnion dan *yolk sac*. Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh sekitar mudigah akan melapisi bagian dalam trofoblast, sehingga terbentuklah sekat korionik yang kelak menjadi korion. Sel-sel trofoblast tumbuh menjadi dua lapisan, yaitu *sititrofoblast* (sebelah dalam) dan *sinsiotrofoblast* (bagian luar) (Sulistyawati, 2012:46).

Villi korialis yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut sebagai *korion frondosum*, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis (*korion leave*) kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang. Dalam peringatan nidasi trofoblast dihasilkan hormon human *chorionic gonadotropin* (HCG) (Sulistiyawati, 2012).



Gambar 2.3  
Proses Perkembangan dan Perjalanan Ovum dari Ovarium  
sampai Cavum Uteri  
Sumber : Manuaba, 2010: 115

#### 4) Pembentukan plasenta

Dalam pembentukan plasenta merupakan proses yang sangat mengesankan, karena sejak dimulainya implantasi pertama kali, sel trofoblas dengan villi korialis bertindak sebagai sel ganas. Dengan segala kemampuannya melakukan destruksi terhadap desidua yang telah siap menerima implantasi. Pada akhir proses pembentukannya minggu ke-16

proses destruksi itu berhenti dengan sendirinya. Dalam perjalanan destruksinya terjadi pengrusakan desidua jauh kedalam struma basalis, dengan menanamkan korion frondosumnya sehingga plassenta dengan mantap tertanam dalam desidua. Dalam perjalanannya terjadi destruksi pembuluh darah vena pada hari ke-12-13 sedangkan destruksi pembuluh arteri terjadi pada hari ke-14-15. Dengan terbukanya pembuluh vena dan arteri pada hari ke 14-15 terjadilah sirkulasi retroplasenta, sebagai bagian penting untuk mendukung tumbuh kembangnya janin dalam rahim sehingga villi korialis mendapatkan saripati nutrisi dari darah ibu secara langsung (Manuaba, dkk. 2007:106).

Pembentukan villi korialis pada hari ke-17 yang berasal dari pembentukan (mesoderm) sehingga sejak saat itu mulai terdapat sirkulasi janin. Plasenta terbentuk dengan lengkap pada minggu ke-16 dengan ciri mempunyai bagian maternal dan bagian fetalis, sebagai berikut:

a) Bagian maternal

(1) Bagian desidua maternal

(a) Stroma kompakta

(b) Stroma spongiosa

(c) Septum yang berasal dari desidua

(2) Lapisan nitabuch, yang membatasi tertanamnya korion frondosum pada basalis

b) Bagian fetalis

(1) Menghadap ke janin: membran kori

- a) Amnionnya
- b) Pembuluh darah janin vena dan arteri

(2) Menghadap ke arah maternal

- a) Korion frondosum
- b) Kotiledon dengan villi korialisnya

(Manuaba, dkk. 2007:106).

Sirkulasi retroplasenta merupakan sirkulasi tersendiri untuk dapat melakukan pertukaran nutrisi, elektrolit, O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>, membuang hasil metabolise yang tidak berguna bagi janin dan memasukkan bahan-bahan yang diperlukan secara khusus. Dengan demikian darah janin dan darah ibu yang berada dibelakang plasenta tidak bercampur dan dibatasi oleh membran plasenta yang terdiri dari:

- a) Lapisan sel sinsitiofoblas
- b) Lapisan sitotroflobas (sel Langan)
- c) Jaringan ikat penyangga pada villi korialis
- d) Endotel kapiler pembuluh darah janin (Manuaba, dkk. 2007:132)

### 3. Perubahan Fisiologis Kehamilan

#### 1) Sistem reproduksi

##### a) Uterus

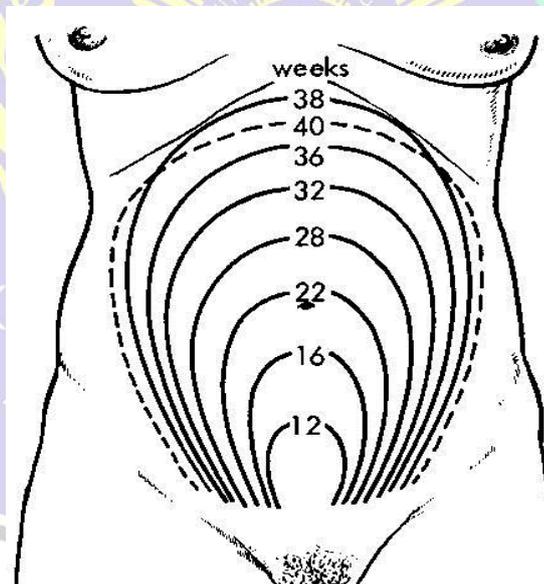
Pertumbuhan uterus menurut Bobak, et all (2004) yaitu kelanjutan sebagai respon terhadap kadar hormon esterogen dan progesteron yang tinggi. Dinding –dinding otot menguat dan menjadi elastis. Rongga uterus wanita tidak hamil mampu menampung sekitar 10 ml cairan dan selama hamil kapasitas meningkat 5 sampai 10 liter bahkan lebih (Rahmawati, 2014:44).

(1) Ukuran, pada kehamilan cukup bulan ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua (Sulistyawati, 2012:44-47). Penambahan ukuran TFU per tiga jari dapat dilihat dalam tabel ini:

Tabel 2.1  
Penambahan TFU

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uterus (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat dan prosesus xiphoideus (px)
36	3 jari dibawah prosesus xiphoideus (px)
40	Pertengahan pusat dan prosesus xiphoideus

Sumber: Prawirohardihardjo, 2002:89



Gambar 2.4  
Usia kehamilan dalam cm  
Sumber : Manuaba, 2010: 93.

- (2) Berat, uterus naik secara luar biasa dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan.

Tabel 2.2  
Berat Uterus

Usia kehamilan	Bentuk dan konsistensi uterus
1 bulan	Seperti buah alpukat. Isthmus rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang, sehingga bila diraba terasa lebih lunak, keadaan ini yang disebut dengan tanda hegar.
2 bulan	Sebesar telur bebek
3 bulan	Sebesar telur angsa
4 bulan	Berbentuk bulat
5 bulan	Rahim terasa seperti berisi cairan ketuban, rahim terasa tipis, itulah sebabnya mengapa bagian-bagian janin ini dapat dirasakan melalui perabaan dinding perut.

Sumber: Hanifa, 2002:99

- (3) Posisi rahim dalam kehamilan

Pada permulaan kehamilan, dalam posisi antefleksi atau retrofleksi. Pada empat bulan kehamilan, rahim tetap berada dalam rongga pelvis. Setelah itu, mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati. Pada ibu hamil rahim biasanya *mobile*, lebih mengisi rongga abdomen kanan dan kiri (Saifudin, 2008:60).

- (4) Vaskularisasi, arteri uterine dan ovarika bertambah dalam diameter panjang dan pembuluh vena mengembang serta bertambah volumenya (Saifudin, 2010:61).

(5) Serviks uteri, mengalami bertambahnya vaskularisasi dan menjadi lunak. Kondisi ini yang disebut dengan tanda goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mukus. Oleh karena, pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan ini disebut dengan tanda chadwick (Saifudin, 2010:61).

b) Ovarium

Ovarium berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron (Sulistyawati, 2012:61).

c) Tuba fallopi

Masing-masing tuba berasal dari cornu uteri, berjalan kedua sisi dinding pelvis, kemudian membelok kebawah dan ke belakang sebelum mencapai dinding lateral pelvis.

Kedua tuba ini terletak didalam ligamentum latum. Tuba fallopi berbentuk tubuler (seperti tabung), seperti yang ditunjukkan oleh namanya. Lumen setiap tuba berhubungan dengan kavitas peritonealis pada ujung distalnya. Dengan demikian, terdapat hubungan langsung antara ostium vaginae pada vulva dan kavitas peritonealis sehingga meningkatkan resiko infeksi traktus genitalis

yang menyebar ke atas. Tuba mempunyai silia yang bergerak menuju uterus. Panjang masing-masing tuba kira-kira 10 cm. Secara makroskopik terdiri atas beberapa bagian yaitu sebagai berikut:

(1) Tuba pars interstisialis, terletak dalam dinding uterus dan panjangnya 2,5 cm dengan diameter 1 mm.

(2) Tuba isthmus daerah paling sempit dengan diameter 2,5 mm dan bekerja sebagai reservori spermatozoa karena suhunya lebih rendah pada daerah ini dibandingkan dengan daerah lain pada tuba. Lumen isthmus dibawah pengendalian hormon dan mengalami kontraksi serta dilatasi tergantung dari hormon yang memberi rangsangan (stimulasi) yang juga memengaruhi keadaan endometrium uterus.

(3) Tuba ampula adalah daerah yang membesar dengan diameter 6 mm dan panjang 5 cm, biasanya sebagai tempat terjadinya fertilisasi.

(4) Tuba infundibulum diameternya 6 mm dan terdapat fimbriae pada ujungnya yang berfungsi untuk menangkap ovum saat keluar dari ovarium (ovulasi) (Hanni, 2011:101).

d) Vagina dan vulva

Adanya pengaruh estrogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva sehingga bagian tersebut terlihat lebih merah dan kebiruan, kondisi ini disebut dengan tanda chadwick (Hanni, 2011:101).

2) Payudara

Payudara wanita disebut juga dengan glandula mammaria yang artinya alat reproduksi tambahan. Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa geli, dan rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu ke enam gestasi. Puting susu dan aerola menjadi lebih berpigmen, terbentuk warna merah muda sekunder pada aerola, dan puting susu menjadi lebih erektile. Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah dibawah kulit berdilatasi. Selama trimester kedua dan ketiga, pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Kadar hormon luteal dan plasenta massa hamil meningkatkan proliferasi duktus latiferus dan jaringan lobulus-alveolar sehingga pada palpasi payudara teraba penyebaran nodul kasar. Walaupun perkembangan kelenjar mammae secara fungsional lengkap pada masa pertengahan kehamilan, tetapi laktasi terlambat sampai kadar estrogen menurun, yaitu setelah janin dan plasenta lahir. Kolostrum, cairan sebelum susu, berwarna

putih kekuningan dapat dikeluarkan dari puting susu trimester ketiga (Kamariyah dkk, 2014:78).

Perubahan pada payudara saat hamil adalah kadang-kadang payudara terasa membengkak, karena kelenjar air susu membesar dan menyimpan lemak sebagai persiapan menyusui (Menkes RI, 2014).

### 3) Sistem Kardiovaskular

Selama kehamilan, jumlah darah yang dipompa oleh jantung setiap menitnya atau biasa disebut sebagai curah jantung (*cardiac output*) meningkat sampai 30-50%. Peningkatan ini mulai terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu. Oleh karena curah jantung yang meningkat maka denyut jantung pada saat istirahat juga meningkat (dalam keadaan normal 70 kali/menit menjadi 80-90 kali/menit). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung ia dapat jatuh dalam keadaan *decompesate cordis* (Kamariyah, dkk. 2014:88).

Setelah mencapai kehamilan 30 minggu, curah jantung agak menurun karena pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung. Selama persalinan, curah jantung meningkat sebesar 30%, setelah persalinan akan menurun menjadi 15-25% diatas batas kehamilan, lalu secara perlahan kembali kebatas kehamilan. Peningkatan

curah jantung selama kehamilan kemungkinan terjadi karena adanya perubahan dalam aliran darah ke rahim. Janin yang terus tumbuh, menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu. Pada akhir usia kehamilan, rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu (Lestari, 2014:34-67).

Saat ibu melakukan olahraga curah dan denyut jantung serta laju pernafasan menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang tidak sedang hamil. Rontgen dan EKG menunjukkan sejumlah perubahan dalam jantung, dan kadang-kadang terdengar murmur jantung tertentu serta ketidakteraturan irama jantung. Semua perubahan tersebut adalah normal yang terjadi pada masa kehamilan, tetapi beberapa kelainan irama jantung mungkin akan memerlukan pengobatan khusus (Sulistiyawati, 2012:77-78).

Selama di trimester kedua biasanya tekanan darah akan menurun tetapi akan kembali normal pada trimester ketiga. Selama kehamilan, volume darah dalam peredaran darah meningkat 50% tetapi jumlah sel darah merah yang mengangkut oksigen hanya meningkat sebesar 20-30%. Pada hitung jenis dan Hb ditemukan adanya hematokrit yang cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transport  $O_2$  yang sangat diperlukan

selama kehamilan. Konsentrasi Hb terlihat menurun, walaupun sebenarnya lebih besar dibandingkan dengan Hb pada orang lain yang tidak hamil, kondisi ini dinamakan anemia fisiologis. Anemia fisiologis disebabkan oleh meningkatnya volume plasma darah (Sulistyawati, 2012:78).

Pada ibu hamil, nadi dan tekanan darah arteri cenderung menurun terutama selama trimester kedua, kemudian akan meningkat lagi seperti masa pra-kehamilan. Tekanan vena pada ekstremitas atas dan bawah dalam batas-batas normal, namun cenderung naik setelah trimester pertama. Nadi biasanya akan naik menjadi 84 kali/menit (Sulistyawati, 2012:78-79).

#### 4) Sistem Urinaria

Selama kehamilan, ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (30-50% atau bahkan bisa lebih), yang puncaknya terjadi di usia kehamilan 26-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Dalam keadaan normal aktivitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Keadaan ini semakin menguat pada saat kehamilan, karena itu wanita hamil sering merasa ingin berkemih ketika mereka mencoba untuk berbaring atau tidur. Pada akhir kehamilan

peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa aliran darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkat aktivitasnya ginjal dan curah jantung (Sulistyawati, 2012:99).

#### 5) Sistem Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal dapat terpengaruhi oleh karena kehamilan. Penyebabnya adalah dari faktor hormonal dan mekanis. Tingginya kadar progesteron mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol dalam darah dan memperlambat otot-otot polos. Menimbulkan gerak usus (peristaltik) makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi. Konstipasi dapat disebabkan oleh menurunnya motilitas usus sehingga memerlukan waktu lebih lama untuk menyerap, juga usus saling berdesakan akibat tekanan dari uterus yang membesar (Sunarti, 2013:69)

Pengaruh estrogen yang meningkat sehingga pengeluaran asam lambung meningkat dan dapat menyebabkan sekresi saliva meningkat, menjadi lebih asam dan menjadi lebih banyak. Di daerah lambung akan terasa lebih panas dan terjadi mual, pusing terutama pada pagi hari atau yang biasanya dikenal dengan *morning sickness*. Dan

yang disebut dengan muntah adalah *emesis gravidarum*. Muntah yang berlebihan secara berlebihan sampai mengganggu kehidupan sehari-hari disebut *hyper emesis gravidarum* (Sunarti, 2013:88).

#### 6) Sistem Metabolisme

Janin membutuhkan 30-40 gram kalsium untuk pembentukan tulangnya dan ini akan terjadi ketika trimester terakhir. Oleh karena itu, peningkatan asupan kalsium sangat penting diperlukan untuk menunjang kebutuhan. Peningkatan kebutuhan kalsium mencapai 70 % dari diet biasanya. Penting bagi ibu hamil untuk selalu sarapan karena kadar glukosa darah ibu sangat berperan dalam perkembangan janin, dan berpuasa saat kehamilan akan memproduksi lebih banyak ketosis yang dikenal dengan “cepat merasa lapar” yang mungkin berbahaya bagi janin (Sulistiyawati, 2012:79-83).

Kebutuhan zat gizi wanita hamil kurang dari 1000mg dimana yang 500mg dibutuhkan untuk meningkatkan masa sel darah merah, sedangkan yang 300 mg untuk transportasi ke fetus ketika kehamilan memasuki usia 12 minggu, dan 200 mg sisanya untuk menggantikan cairan yang keluar dari tubuh. Wanita hamil membutuhkan zat besi rata-rata 3,5mg/hari. Pada metabolisme lemak terjadi peningkatan

kadar kolesterol sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya tersimpan di badan, perut, paha dan lengan (Sarwono, 2007:124).

Pada metabolisme mineral yang terjadi adalah sebagai berikut:

- a) Kalsium. Dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari. Sedangkan untuk pembentukan tulang terutama di trimester akhir dibutuhkan 30-40 gram.
- b) Fosfor, dibutuhkan rata-rata 2 gram/hari.
- c) Air, wanita hamil cenderung mengalami retensi air (Sarwono, 2013).

#### 7) Sistem Muskuluskeletal

Selama masa kehamilan wanita membutuhkan kira-kira sepertiga lebih banyak kalsium dan fosfor, dengan makanan yang seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Saliva yang asam pada saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri email yang menyebabkan karies. Postur tubuh wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim. Untuk mempertahankan keseimbangan tubuh sebagai kompensasi bahu tertarik kebelakang tulang belakang lebih melengkung dan sendi

tulang belakang lebih lentur sehingga menyebabkan nyeri punggung. Pada otot kering terjadi kram yang merupakan masalah umum pada wanita hamil yang penyebabnya belum diketahui. Mungkin terkait dengan metabolisme kalsium dan pospor, kurangnya ekskresi sisa metabolisme otot atau postur yang tidak seimbang (Sunarti, 2013:99-110).

#### 8) Kulit

Kulit akibat perubahan pada wanita hamil, terdapat deposit pigmen dan *hiperpigmentasi* pada alat-alat tertentu. Pigmentasi ini dipengaruhi oleh *melanophore stimulating hormone* (MSH) yang meningkat. Kadang-kadang terdapat deposit di dahi, pipi, hidung yang disebut dengan *cloasma gravidarum* (Sunarti, 2013:89).

Peningkatan pigmentasi juga terjadi disekeliling puting susu sedangkan di perut bawah bagian tengah biasanya tampak garis gelap yaitu spider angioma (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul dikulit dan biasanya diatas pinggang. Pelebatan pembuluh darah kecil yang berdinding tipis seringkali tampak di tungkai bawah (Sarwono, 2007:89).

#### 9) Sistem pernafasan

Kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan

kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar esterogen menyebabkan ligamen pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat. Panjang paru-paru berkurang karena rahim membesar. Peningkatan vaskularisasi juga terjadi pada traktus pernafasan atas sebagai respons terhadap peningkatan kadar esterogen. Selama kehamilan, perubahan pada pusat pernafasan menyebabkan penurunan ambang karbon dioksida. Progesteron dan esterogen diduga menyebabkan peningkatan sensitivitas pusat pernafasan terhadap karbon dioksida. Selain itu, kesadaran wanita hamil akan kebutuhan nafas meningkat. Beberapa wanita mengeluh mengalami dispnea saat istirahat. Peningkatan laju metabolisme basal terjadi akibat peningkatan kebutuhan oksigen diunit janin-plasenta-uterus-serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu. Vasodilatasi perifer dan percepatan aktivitas kelenjar keringat membantu melepaskan kelebihan panas yang timbul akibat peningkatan metabolisme selama hamil. Pada kehamilan tahap awal banyak wanita mengeluh merasa lemah dan letih setelah melakukan aktivitas ringan. Perasaan lemah dan letih sebagian dapat disebabkan oleh peningkatan aktivitas metabolik (Kamariyah, dkk. 2014:35-36).

## 10) Sistem Pencernaan

Peningkatan produksi esterogen dan progesteron selama kehamilan memengaruhi saluran pencernaan ibu. Beberapa perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan selama kehamilan adalah sebagai berikut:

### a) Peningkatan kadar esterogen

Menyebabkan gingivitis dan penurunan sekresi asam hidroklorida lambung. Kadar esterogen yang tinggi menyebabkan peningkatan vaskularitas selektif dan proliferasi jaringan ikat (gingivitis) sehingga gusi mudah berdarah.

### b) Peningkatan kadar progesteron

Menyebabkan tonus dan motilitas otot polos saluran pencernaan menurun. Penurunan tersebut mengakibatkan nyeri ulu hati (*heart burn*), konstipasi, peningkatan waktu pengosongan dan pengentalan empedu. Regurgitasi esofagus, peningkatan waktu, pengosongan lambung, dan peristalsis balik akibatnya mengalami nyeri ulu hati (*heart burn*). Absorpsi air usus besar meningkat sehingga terjadi konstipasi. Selain itu, perlambatan usus, makanan kurang serat dan cairan, distensi abdomen, serta pergeseran usus akibat kompresi dapat meningkatkan konstipasi.

Konstipasi secara terus menerus dapat mengakibatkan hemoroid, yaitu varises vena di rektum dan anus. Peningkatan waktu pengosongan dan pengentalan empedu dapat menyebabkan pembentukan batu empedu selama kehamilan.

- c) *Morning sickness* atau mual yang disertai dengan muntah pada ibu hamil yang terjadi pada awal sampai minggu ke-16 kehamilan. Penyebab morning sickness belum diketahui, tetapi perubahan pada saluran cerna dan peningkatan kadar HCG dalam darah diduga menyebabkan terjadinya *morning sickness*. Pada trimester kedua kehamilan, mual dan muntah (vomitus) lebih jarang dan nafsu makan meningkat (Kamariyah dkk, 2014:40-57).

#### **4. Tanda-Tanda Kehamilan**

Kehamilan berlangsung dalam waktu 280 hari (40 minggu). Kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu trimester pertama, trimester kedua, trimester ketiga. Pada masa rantai konsepsi (fertilisasi), implantasi (nidasi) terjadi perubahan rohani dan jasmani, karena terdapat pengeluaran hormon spesifik dan menimbulkan gejala dan tanda hamil sebagai tanda dugaan hamil, tanda kemungkinan hamil, dan tanda pasti kehamilan (Bandiyah, 2009:22-24).

- a. Tanda dugaan kehamilan

Tanda ini meliputi tidak datangnya bulan (amenorea) dengan konsepsi dan nidasi mulai mengeluarkan hormon, maka pertumbuhan dan perkembangna folikel tidak terjadi, sehingga terdapat keadaan tidak datang bulan, buah dada sakit, buah dada dipersiapkan sejak semula dengan terjadi perubahan peredaran darah, menahan air dan garam sehingga ujung saraf tertekan yang menimbulkan rasa penuh dan sakit terutama pada kehamilan pertama. Perasaan mengidam (seperti menginginkan makanan khusus) yang dapat berupa mual muntah terutama di pagi hari (*morning sickness*), kurang suka makanan, tidak tahan bau-bauan, terdapat pengeluaran air liur berlebih, pusing, ingin makan makanan tertentu. Gangguan pencernaan dan perkemihan sering sulit buang air besar karena kurang makan serat dan pengaruh hormonal, sering kencing berlebihan karena kandung kemih tertekan oleh rahim. Pigmentasi kulit, karena pengaruh hormon tertentu terdapat pigmentasi kulit wajah, sekitar buah dada, dan dinding perut (Bandiyah, 2009:26).

b. Tanda kemungkinan hamil

Pada kehamilan terdapat beberapa tanda-tanda kehamilan salah satunya adalah tanda kemungkinan hamil (*problem sign*) merupakan pertemuan obyektif yang pada umumnya dideteksi saat usia gestasi 12 sampai usia 16 minggu. Pertemuan ini jika dikombinasi dengan gejala perkiraan dugaan kehamilan:

- 1) Perubahan abdomen, yaitu perubahan ukuran uterus menyebabkan penambahan lingkaran abdomen secara bertahap. Pada usia 12 minggu tinggi fundus uterus pada ibu hamil dapat dipalpasi tepat di atas simfisis pubis. Pada usia 15 minggu tinggi fundus uterus pada ibu hamil dapat dipalpasi pada pertengahan simfisis dan umbilikus. Pada usia 20 minggu tinggi fundus uterus pada ibu hamil dapat dipalpasi di daerah setinggi umbilikus. Ketika usia kehamilan telah memasuki usia aterm fundus uterus dapat ditemukan setinggi prosesus xiphoideus. Pembesaran abdomen ini dapat terjadi oleh beberapa sebab seperti tumor, edema, dan akumulasi lemak dalam tubuh. Kondisi tersebut umumnya tidak menyebabkan perubahan ukuran uterus secara progresif dan dapat diprediksi (Reeder dkk, 2011:116).
- 2) Perubahan uterus. Dimana dalam 12 minggu pertama uterus berbentuk menjadi bulat, kuat, membesar, lunak dan berbentuk seperti rongga. Tanda Hegar menggambarkan perlunakan ekstrem segmen bawah uterus sampai ke daerah yang dapat dikompresi hampir setipis kertas (Reeder dkk, 2011:116).
- 3) Ballotement. Dari usia gestasi 16-24 minggu, ukuran janin lebih kecil dibandingkan dengan jumlah cairan amnion. Selama pemeriksaan vagina tepukan mendadak dibagian

presentasi janin membuat janin bergerak naik kedalam cairan amnion lalu melambung balik ke posisi awal. Pada pemeriksaan ballotement dengan teknik palpasi diperut ibu dengan cara menggoyang-goyangkan disalah satu sisi, maka akan terasa pantulan di sisi lain (Sulistiyawati, 2012:47).

- 4) Perubahan serviks. Pada usia sekitar 8 minggu gestasi, serviks mulai melunak dan lubang eksternal serviks memperlihatkan konsistensi atau derajat pelunakan, seperti lobus telinga atau bibir (dikenal dengan istilah tanda Goodell). Sebagai perbandingan konsistensi serviks pada wanita yang tidak hamil terasa sama dengan ujung hidung (Sunarti, 2013:76).
- 5) Kontraksi Braxton Hicks. Mulai dari beberapa minggu awal kehamilan, uterus berkontraksi setiap 5 sampai 10 menit. Kontraksi ini, yang dikenal dengan Braxton Hicks. Kontraksi tersebut biasanya tidak menimbulkan nyeri dan dapat dipalpasi di beberapa akhir bulan kehamilan. Dengan gerakan kontraksi yang dilanjutkan dengan relaksasi, otot uterus memanjang sehingga memperbesar uterus untuk mengakomodasi janin yang sedang tumbuh (Reeder dkk, 2011). Apabila uterus di rangsang atau distimulasi dengan rabaan akan mudah berkontraksi (Sulistiyawati, 2012:49).

6) Hyperpigmentasi kulit (bintik-bintik hitam) pada muka disebut dengan cloasma gravidarum. Hyperpigmentasi ini juga terjadi pada aerola mammae, papilla mammae, dan di perut. Hyperpigmentasi ini bisa pula terjadi pada wanita yang tidak hamil kemungkinan disebabkan oleh faktor alergi, makanan, kosmetik, obat-obatan seperti KB (Sunarti, 2013:79).

c. Tanda pasti kehamilan

Tanda pasti kehamilan ialah tanda-tanda yang memastikan bahwa wanita itu pasti hamil. Tanda-tanda pasti ini diketahui setelah wanita hamil 16 minggu atau lebih. Ditandai dengan adanya:

- 1) Terdengarnya bunyi jantung janin , tanda ini baru timbul setelah kehamilan lanjut diatas empat bulan. Jika dengan ultrasound bunyi jantung janin dapat didengar pada kehamilan 12 minggu (Sarwono, 2007:76).
- 2) Melihat, meraba, atau mendengar pergerakan anak saat melakukan pemeriksaan (Sunarti, 2013:79)
- 3) Melihat rangka janin pada sinar Ro atau dengan menggunakan ultrasonografi (Sunarti, 2013:99).

d. Tanda awal kehamilan

Setelah ejakulasi sel sperma yang mencapai saluran kelamin wanita harus melalui masa penyesuaian terlebih dahulu selama 7 jam yang berlangsung di dalam vagina. Membutuhuhkan waktu sekitar 10 jam bagi sperma untuk

mencapai tuba fallopi namun hanya butuh 20 menit untuk sel sperma membuahi sel telur. Pembuahan berlangsung selama 12-24 jam, dimulai ketika sel sperma memasuki sel telur dan berakhir dengan terbentuknya zigot (sel yang berkembang). Hasil utama dari pembuahan adalah kombinasi kromosom (materi genetik) dari kedua orangtua, penentuan jenis kelamin dan dimulainya pembelahan. Pronukleus sel sperma akan bergabung dengan pronukleus sel telur untuk mengkombinasikan materi genetik. Apabila sperma membawa kromosom Y, maka bayi laki-laki sedangkan apabila sperma membawa kromosom X, maka bayi perempuan. Dalam beberapa jam setelah sel telur dibuahi dimulailah pembelahan zigot (Menkes RI, 2014).

### **5. Tanda Bahaya Kehamilan**

Salah satu penyebab tingginya angka kematian ibu adalah komplikasi kehamilan yang dapat muncul melalui tanda bahaya kehamilan (Isdiaty *et all*, 2013:117).

a. Tanda bahaya kehamilan menurut Kementerian Kesehatan RI:

- 1) Ibu tidak mau makan dan ibu mengalami muntah
- 2) Berat badan ibu hamil tidak naik
- 3) Perdarahan pada hamil usia muda maupun hamil usia tua
- 4) Bengkak kaki, tangan dan wajah, disertai dengan sakit kepala sampai ibu mengalami kejang
- 5) Gerakan janin berkurang bahkan tidak terasa

- 6) Kelainan letak janin didalam rahim
- 7) Ketuban pecah dini atau pecah sebelum waktunya
- 8) Penyakit yang diderita ibu yang berpengaruh bagi kehamilannya
- 9) Demam tinggi (Menkes RI, 2014).

b. Tanda bahaya kehamilan yang dapat muncul antara lain :

- 1) Perdarahan vagina
- 2) Edema pada wajah dan tangan
- 3) Demam tinggi
- 4) Ruptur membran
- 5) Penurunan pergerakan janin
- 6) Muntah persisten (Chapman *et all*, 2010:213-214).

c. Tanda bahaya lainnya:

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Hiperemesis gravidarum
- 3) Preeklampsi dan eklampsi
- 4) Ketuban pecah dini
- 5) Sakit kepala yang lebih dari biasa
- 6) Gangguan penglihatan
- 7) Pembengkakan pada wajah dan tangan
- 8) Nyeri abdomen serta janin tidak bergerak (Yulanda *et all*, 2014:86-87).

d. Tanda bahaya kehamilan pada trimester III:

Trimester III biasanya disebut dengan periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut ibu merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan keadaan bayinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada ibu.

e. Jenis bahaya kehamilan trimester III

1) Kehamilan dengan hipertensi

Hipertensi adalah kondisi permanen meningkatnya tekanan darah dimana biasanya tidak ada penyebab yang nyata. Kadang-kadang penyakit ini dihubungkan dengan penyakit ginjal, penyempitan aorta dan keadaan ini lebih sering muncul pada saat kehamilan (Marmi, 2009:55-56).

Menurut Manuaba (2008), gambaran klinis dapat dijabarkan sebagai berikut:

a) Kenaikan tekanan darah sistolik dan diastolik 30 mmhg atau 15 mmHg. Tekanan darah absolut 140/90 atau 160/110 yang diambil selang 6 jam dalam keadaan istirahat.

b) Edema, merupakan timbunan cairan tubuh yang tampak atau tidak tampak.

Penatalaksanaan kehamilan dengan hipertensi harus mendapat penanganan yaitu dianjurkan untuk lebih banyak

istirahat dan menghindari peningkatan berat badan terlalu banyak. Kesejahteraan janin dipantau secara ketat untuk mendeteksi adanya retardasi pertumbuhan. Jika ditemukan tekanan darah 160/110 mmHg harus dirawat dirumah sakit. Obat-obatan anti hipertensi dan sedative boleh diberikan untuk mengontrol tekanan darah (Marmi, 2009:56).

## 2) Perdarahan

Menurut Manuaba (2008), ada beberapa komplikasi yang dialami seorang wanita hamil, komplikasi ini dapat terjadi pada ibu hamil trimester III. Perdarahan yang terjadi antara lain:

### a) Perdarahan plasenta previa

Dimana keadaan implantasi plasenta sedemikian rupa sehingga menutupi sebagian atau seluruh mulut rahim, sehingga pembuluh darah besar ada pada sekitar mulut rahim, dengan makin tuanya kehamilan dan terjadi pembentukan segmen bawah rahim maka terjadi pergeseran plasenta beserta pembuluh darah sehingga terjadi perdarahan (Manuaba, 2008:98).

Menurut Marmi (2011), penyebab plasenta previa tidak dikehui, tetapi faktor-faktor berikut dapat dihubungkan, yaitu:

- (1) Multiparitas, meningkatkan ukuran rongga uterus pada persalinan yang berulang-ulang merupakan predisposisi terjadinya plasenta previa.
- (2) Kehamilan multiple, tempat plasenta terbesar lebih sering melewati segmen bawah rahim.
- (3) Umur, ibu yang lebih tua beresiko dari pada ibu yang lebih muda

- (4) Uterus sikatrik
- (5) Riwayat myomektomi
- (6) Merokok
- (7) Kelainan plasenta

Menurut Marmi (2011), tanda dan gejala kemungkinan terjadinya plasenta previa yaitu:

- (1) Mal presentasi janin
- (2) Bagian terendah jani tidak terfiksasi
- (3) Sulitnya mengidentifikasi bagian jani pada palpasi
- (4) Denyut nadi ibu yang keras dibawah umbilikus
- (5) Perdarahan solusio plasenta

Menurut Manuaba (2009), penyebab solusio plasenta dapat dikaitkan dengan:

- (1) Trauma langsung pada kehamilan (jatuh saat hamil tua, trauma langsung pada perut)
- (2) Ibu yang mengidap tekanan darah tinggi

(3) Kehamilan disertai dengan preeklamsi dan eklamsi

(4) Ibu yang mengidap penyakit ginjal

3) Sakit kepala yang hebat dan menetap

Sakit kepala pada saat kehamilan yang sering kali terjadi merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan.

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan istirahat. Terkadang dengan sakit kepala yang hebat menjadikan pandangan mata ibu menjadi kabur atau terbayang.

Sakit kepala jenis ini menandakan gejala preeklamsi (Sulistyawati, 2009:88).

4) Pandangan kabur

Pandangan kabur akibat pengaruh hormonal dalam kehamilan, ketajaman visual dapat berubah. Perubahan kecil adalah normal. Masalah penglihatan yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual secara mendadak, misalnya pandangan kabur, atau terbayang dan berbintik-bintik, perubahan penglihatan mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat. Perubahan mendadak mungkin gejala dari preeklamsi (Yulifah dkk, 2010:102).

5) Bengkak pada wajah dan kaki

Hampir seluruh ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi.

5) Kebutuhan dasar ibu hamil

Kebutuhan dasar ibu hamil sesuai tahap perkembangannya adalah:

a. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk pada ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat ibu hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut untuk memenuhi kebutuhan oksigen pada ibu hamil maka perlu:

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

dan lain-lain (Sujiyatini, 2009:36).

b. Nutrisi dalam kehamilan

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi yang bermutu tinggi meskipun tidak makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kkal perhari. Ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang) (Sujiyatini, 2009:36-37).

Menurut Kristiyanasari (2010), nutrisi merupakan salah satu kebutuhan dasar ibu hamil. Nutrisi adalah makanan dan zat gizi dalam makanan yang berguna bagi kesehatan. Zat gizi atau nutrien merupakan zat-zat makanan yang terkandung dalam suatu bahan pangan yang dapat dimanfaatkan oleh tubuh. Pemenuhan gizi sangat penting dilakukan oleh para ibu dan calon ibu dalam mempersiapkan bayinya untuk dapat hidup sehat dan terhindar dari risiko-risiko kesehatan jangka panjang seperti penyakit jantung, diabetes, dan hipertensi (Sulistiyanti dkk, 2013:40).

Pada umumnya, pemenuhan gizi ibu dan bayi ditekankan untuk dilakukan sejak 1.000 hari pertama kehidupan bayi sejak dalam kandungan. fase pemenuhan gizi ibu dan bayi yang paling efektif harus dimulai sebelum masa kehamilan dan kemudian berfokus pada 12 minggu pertama masa kehamilan. Inilah masa terpenting dalam pembentukan “cetak biru genetik” yang

menentukan kesehatan anak hingga dewasa. Hal ini justru sangat penting untuk memastikan anak lahir dengan sehat (Noroyono, 2012:77).

Menurut Wiryo (2002), sumber gizi meliputi:

1) Zat besi

Zat besi memiliki berbagai fungsi vital dalam tubuh manusia karena merupakan bagian penting dari hemoglobin. Kekurangan zat besi adalah kekurangan zat gizi dengan prevalensi yang paling tinggi di dunia, dan kondisi ini akan menyebabkan anemia. Kekurangan zat besi dapat terjadi akibat konsumsi zat besi yang rendah atau akibat tubuh kehilangan zat besi dalam jumlah yang lebih besar yang disebabkan oleh faktor-faktor seperti pendarahan karena menstruasi dan infeksi seperti hookworm (sejenis cacingan). Ibu hamil secara khusus merupakan kelompok resiko tinggi untuk terkena anemia karena kebutuhan mereka akan zat besi selama masa kehamilan akan meningkat menjadi lima kali lipat dibanding pada saat mereka tidak hamil. Konsumsi zat besi dari sumber-sumber lain harus tinggi guna memenuhi kebutuhan fisiologis (Sulistiyanti dkk, 2013:111).

2) Seng (Zn)

Adalah mineral yang sangat dibutuhkan manusia. Zn berikatan dengan protein yang memudahkan absorpsi melalui

usus. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa suplemen seng yang diberikan pada ibu hamil memiliki suatu dampak positif terhadap berat badan lahir.

### 3) Asam folat

Kebutuhan akan asam folat meningkat drastis selama masa kehamilan disebabkan kebutuhan janin yang sedang tumbuh menjadi besar. Ibu hamil yang tidak menerima suplemen asam folat beresiko tinggi pada kelahiran premature atau bayinya lahir dengan berat badan kurang untuk usia kehamilan. Suplementasi dengan asam folat sebelum terjadi kehamilan sangat dianjurkan untuk semua wanita subur (Sulistiyanti dkk, 2013:112).

#### c. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan keringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena sering terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kurang kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan caries gigi (Sujiyatini, 2009:40).

## 6) Perubahan psikologis selama masa kehamilan

Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, ibu akan mengalami perubahan psikologis dan pada saat ini pula wanita akan mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya melalui tahapan sebagai berikut:

### a. Tahap antisipasi

Dalam tahap ini wanita akan mengawali adaptasi perannya dengan merubah peran sosial melalui latihan formal (misalkan kelas ibu hamil). Meningkatkan interaksi dengan wanita hamil dan ibu muda lainnya akan mempercepat proses adaptasi untuk mencapai penerimaan peran barunya sebagai seorang ibu (Megawati, 2007:23).

### b. Tahapan honeymoon (menerima peran, mencoba menyesuaikan diri)

Pada tahap ini wanita sudah mulai menerima peran barunya dengan cara mencoba menyesuaikan diri. Secara internal wanita akan mengubah posisinya, sebagai penerima kasih sayang dari ibunya pemberi kasih sayang terhadap bayinya. Untuk memenuhi kebutuhan akan kasih sayang, wanita akan menuntut dari pasangannya. Ia akan mencoba menggambarkan figur ibunya dimasa kecilnya dan membuat suatu daftar hal-hal positif dari ibunya untuk kemudian ia adaptasi dan terapkan kepada bayinya nanti (Megawati, 2007:25).

- c. Tahapan stabil (bagaimana mereka dapat melihat penampilan dalam peran)

Tahapan sebelumnya mengalami peningkatan sampai ia mengalami suatu titik stabil dalam penerimaan peran barunya. Ia akan melakukan aktivitas-aktivitas yang bersifat positif dan berfokus untuk kehamilannya, seperti mencari tahu tentang informasi seputar persiapan persalinan, cara mendidik anak dan merawat anak, serta hal yang berguna untuk menjaga kondisi kesehatan keluarganya (Megawati, 2007:25).

- d. Tahap akhir (perjanjian)

Meskipun ia sudah cukup stabil dalam menerima perannya, namun ia tetap mengadakan perjanjian dengan dirinya sendiri untuk sedapat mungkin menepati janji mengenai kesepakatan-kesepakatan internal yang telah ia buat berkaitan dengan apa yang akan ia perankan sejak saat ini sampai bayinya lahir kelak (Sulistyawati, 2009:99) dalam setiap trimester perubahan psikologis seorang ibu hamil akan berubah-ubah, diantaranya:

1. Perubahan psikologis trimester I (periode penyesuaian)

Pengaruh psikososial kehamilan pada kehidupan sehari-hari wanita sangat bergantung pada dukungan sosialnya. Jika kehamilan disertai dengan kesadaran bahwa bayi yang sedang di kandungnya merupakan yang didambakan oleh wanita dan pasangannya, maka akan disambut dengan gembira oleh

orang tua mereka. Lingkungan keluarga dan sahabat yang lebih luas merupakan dukungan sosial yang ideal. Apabila terjadi masalah psikologi pada trimester ini dukungan keluarga, orang dekat dan sekitarnya sangat diharapkan untuk membantu penyelesaian masalah. Perubahan psikologis pada wanita hamil diantaranya adalah:

- a. Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.
- b. Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan,. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil lagi.
- c. Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya.
- d. Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- e. Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada tiap wanita tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.
- f. Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakannya (Saifudin, 2008:80-82).

2. Perubahan psikologi trimester II (periode kesehatan yang baik)

- a. Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi.
- b. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
- c. Merasakan gerakan anak
- d. Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
- e. Libido meningkat
- f. Menuntut perhatian dan cinta
- g. Merasa bahwa bayinya sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya
- h. Hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya pada orang lain yang baru menjadi ibu
- i. Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru (Saifudin, 2008:82).

3. Perubahan psikologis trimester III (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.

- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang menerima perhatian dan kekhawatiran.
- e. Merasa sedih akan terpisah dengan bayinya
- f. Merasa kehilangan perhatian, perasaan mudah terluka, dan libido menurun (Megawati, 2007:30).

Perubahan psikologis pada wanita hamil merupakan salah satu dari ketiga perubahan dalam hidupnya ialah pubertas, kehamilan dan menopause perubahan yang terjadi merupakan suatu respon terhadap kehamilannya akibat peningkatan hormon yang dapat mempengaruhi suasana hati dan karena kadarnya yang naik turun maka akan demikian juga suasana hati wanita, biasanya wanita menjadi labil, lebih emosional, mudah tersinggung, mudah marah adanya depresi, marah, sedih, takut, kawatir, tingkah laku berubah tidak sama dengan sebelum hamil. Perubahan ini harus dihadapi sekalipun sedikit membingungkan untuk sementara waktu (Sunarti, 2013:102).

Dengan hadirnya janin didalam rahim ibu, maka hal itu akan mempengaruhi emosi seorang ibu. Apabila pengaruh emosi ibu tidak didukung dengan lingkungan keluarga yang

harmonis maupun lingkungan keluarga yang harmonis ataupun lingkungan tempat tinggal yang kondusif maka hal itu akan mengakibatkan stress pada ibu hamil. Perubahan selama kehamilan tidak dapat dihindari seiring dengan berjalannya waktu yang singkat ada beberapa ahli sosial dan ahli klinis menyatakan bahwa kehamilan adalah salah satu tipe krisis, terdapat teori krisis yaitu awalnya mengalami syok dan menyangkal, kebingungan dan pre opucation, dengan masalah yang mengganggu (Sunarti, 2013:102).

### **2.1.2 Konsep Dasar Persalinan**

#### **1. Definisi Persalinan**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (Manuaba, 1998). Menurut Syaifudin (2006) persalinan adalah proses membuka dan menutupnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Berdasarkan tuanya umur kehamilan persalinan dibedakan atas abortus yaitu pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22

minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram, partus immaturus yaitu pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram, partus prematurus yaitu pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000 gram dan 2499 gram, partus matures atau aterm yaitu pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan 2500 gram atau lebih, partus postmaturus atau serotinus yaitu pengeluaran buah kehamilan setelah 42 minggu (Prawirohardjo, 2005)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Bentuk persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut:

- a. Persalinan spontan, dimana bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- b. Persalinan buatan, dimana proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.
- c. Persalinan anjuran (partus presipitatus) (Manuaba, 2010:113).

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membrane dari dalam Rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan

yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, 2011:57).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 minggu sampai 40 minggu) dengan lahir spontan, presentasi belakang kepala, yang berlangsung 18 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2009:73).

## 2. Lima Benang Merah

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

Lima Benang Merah tersebut adalah :

### a. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang di perlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Ada empat langkah proses pengambilan keputusan klinik, yaitu:

#### 1) Pengumpulan data, meliputi data subyektif dan data obyektif

Penolong persalinan mengumpulkan data subyektif dan data obyektif dari klien. Data subyektif adalah informasi yang

diceritakan ibu tentang apa yang dirasakan, apa yang sedang dialami, termasuk informasi tambahan dari anggota keluarga tentang status ibu. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan atau pengantar terhadap ibu atau bayi baru lahir.

Cara mengumpulkan data, yaitu:

- a) Berbicara dan mengajukan pertanyaan-pertanyaan kepada ibu tentang kondisi dan riwayat perjalanan penyakit.
- b) Mengamati tingkah laku ibu apakah terlihat sehat atau sakit, naman atau terganggu.
- c) Melakukan pemeriksaan fisik
- d) Melakukan pemeriksaan tambahan lainnya bila diperlukan, misalkan pemeriksaan laboratorium.

## 2) Diagnosis

Membuat diagnosa secara tepat dan cepat setelah data dikumpulkan dan dianalisa. Untuk membuat diagnosa adalah sebagai berikut:

- a) Pastikan bahwa data-data yang ada dapat mendukung diagnosa
- b) Mengantisipasi masalah atau penyulit yang mungkin terjadi setelah diagnosis
- c) Memperhatikan kemungkinan sejumlah diagnosa banding atau diagnosa ganda

3) Penatalaksanaan asuhan atau perawatan, meliputi membuat rencana, melaksanakan rencana. Pilihan intervensi efektif dipengaruhi oleh:

- a) Bukti-bukti klinik
- b) Keinginan dan kepercayaan ibu
- c) Tempat dan waktu asuhan
- d) Perlengkapan, bahan dan obat-obatan yang tersedia
- e) Biaya yang diperlukan
- f) Tingkat keterampilan dan pengalaman penolong persalinan
- g) Akses, transportasi, dan jarak ke tempat rujukan
- h) Sistem dan sumber daya yang mendukung ibu (suami, anggota keluarga, sahabat).

4) Evaluasi

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan harus dievaluasi untuk menilai tingkat efektivitasnya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan kebutuhan saat itu atau kemajuan pengobatan.

b. Asuhan Sayang ibu dan Sayang Bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan dang ibu. Beberapa prinsip – prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dngan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dn kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian

menunjukkan bahwa jika para ibu di perhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik.

c. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen – komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus di terapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Di lakukan pula upaya untuk menurunkan resiko penularan penyakit – penyakit berbahaya yang hingga kini belum di temukannya pengobatannya, seperti hepatitis dan HIV/AIDS.

Tindakan-tindakan dalam pencegahan infeksi:

1) Asepsis atau teknik aseptik

Asepsis atau teknik aseptik adalah semua usaha yang dilakukan dalam mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh yang mungkin akan menyebabkan infeksi. Caranya adalah menghilangkan atau menurunkan jumlah organisme pada kulit, jaringan dan benda-benda mati hingga tingkat aman.

## 2) Antiseptis

Antiseptis adalah usaha mencegah infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit atau jaringan tubuh.

## 3) Dekontaminasi

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. Dekontaminasi juga bisa dilakukan dengan menggunakan larutan klorin. Cara membuat larutan klorin adalah:

- a) Membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair

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

- b) Membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering

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

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 (tanda 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, selaput mukosa ataupun darah harus dianggap terkontaminasi sehingga setelah selesai digunakan harus dilakukan proses pencegahan infeksi secara benar.
- d) Jika tidak diketahui apakah permukaan, peralatan atau 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.

Tindakan-tindakan pencegahan infeksi meliputi:

- a) Cuci tangan
- b) Memakai sarung tangan
- c) Memakai perlengkapan pelindung (Alat Pelindung Diri)
- d) Menggunakan aseptis atau teknik aseptik
- e) Memproses alat bekas pakai

- f) Menangani peralatan tajam dengan aman
- g) Menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar.

4) Mencuci dan membilas

Mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua darah, cairan tubuh atau benda asing (debu, kotoran) dari kulit atau instrumen.

5) Disinfeksi

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

6) Disinfeksi tingkat tinggi (DTT)

Disinfeksi tingkat tinggi adalah tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme kecuali endospora bakteri, dengan cara merebus dengan air mendidih atau cara kimiawi.

7) Sterilisasi

Sterilisasi merupakan tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit) termasuk endospora bakteri pada benda-benda mati atau instrumen (Azwar, A. 2009:98-101).

d. Pencatatan ( Dokumentasi)

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

e. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana yang lebih lengkap, di harapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10–15% di antaranya akan mengalami masalah selama proses persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu di rujuk ke fasilitas kesehatan rujukan. Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi sehingga kesiapan untuk merujuk ibu dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu ( jika penyulit terjadi) menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk menatalaksanan kasus gawat

darurat obstetric dan bayi baru lahir. Dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi harus disertai BAKSOKUDA, yaitu:

B (Bidan) :Pastikan ibu dan bayi didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk menatalaksanakan gawat darurat.

A (Alat) :Bawa perlengkapan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, nifas dan bayi baru lahir ke tempat rujukan.

K (Keluarga) :Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu atau bayi mengapa perlu dilakukan rujukan. Jelaskan kepada mereka alasan dan tujuan untuk dirujuk ke fasilitas yang lebih memadai.

S (Surat) :Berikan surat tempat rujukan untuk mengetahui kondisi ibu dan bayi, serta cantumkan alasan mengapa dilakukan rujukan.

O (Obat) :Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ataupun bayi ketempat rujukan.

K (Kendaraan):Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu maupun bayi.

U (Uang) :Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang nantinya diperlukan.

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

### 3. Fisiologis persalinan

#### a. Proses persalinan

Terjadinya persalinan belum diketahui dengan pasti penyebabnya, sehingga menimbulkan beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya kekuatan His. Perlu diketahui bahwa ada dua hormon yang dominan saat hamil, yaitu:

- 1) Esterogen yang meningkatkan sensitivitas otot rahim, memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis.
- 2) Progesteron yang menurunkan sensitivitas otot rahim, menyulitkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, rangsangan mekanis, dan menyebabkan oto rahim dan otot polos relaksasi (Manuaba, 2010:116).

Esterogen dan progesteron terdapat dalam keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan antara esterogen dan progesteron menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofise pars posterior dapat menimbulkan kontraksi dalam bentuk Braxton Hicks. Kontraksi Braxton Hicks

akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu makin tua usia kehamilan frekuensi kontraksi makin sering. Oksitosin diduga bekerja bersama prostaglandin yang meningkat mulai dari usia kehamilan minggu ke-15. Disamping itu, faktor gizi ibu hamil dan keregangan otot rahim dapat memberikan pengaruh penting untuk dimulainya kontraksi rahim. Berdasarkan uraian tersebut dapat dikemukakan beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan (Manuaba, 2010:119).

## 2. Faktor yang mempengaruhi persalinan

### 1) Power (kekuatan)

Kekuatan pendorong yang terdiri dari kekuatan His dan daya mengejan (Mochtar, 2008:76). Didalam teori menurut Manuaba (2009), kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usahah volunter dimulai untuk mendorong yang disebut dengan kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Hasananah, 2015). Secara klasik 3 sampai 5 kontraksi yang terjadi selama 10 menit telah digunakan untuk mendefinisikan persalinan yang adekuat. Jika digunakan monitoring tekanan intrauterine maka 150-200 unit

Montevideo (kekuatan kontraksi dalam mmHg dikaitkan dengan frekuensi per 10 menit) dianggap telah adekuat (Errol *et all*, 2007:134-135).

2) Passage (jalan lahir)

Jalan lahir yang meliputi jalan lahir tulang (panggul), jalan lahir lunak dan keadaan sekitar jalan lahir (Manuaba, 2010:98).

Menurut Prawirohardjo (2011:102) passage (jalan lahir ) terdiri dari atass panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Asriin, 2013:24)

3) Passanger

Keadaan janin yang meliputi letak, janin, mekanisme persalinan, besarnya janin, kelainan bawaan janin, kehamilan ganda (Mochtar, 2008:68).

b. Tanda-tanda persalinan

1) Ligthening (setting) dropping

Kepala turun memasuki PAP (pintu Atas Panggul) terutama pada primigravida pada multipara tidak begitu terlihat.

2) Perut terlihat lebih besar, fundus uterus turun

3) Perasaan sering kencing atau susah kencing, kandung kemih tertekan oleh bagian bawah rahim.

- 4) Perasaan diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi
- 5) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah serta bercampur darah (blood show)
- 6) Pengeluaran cairan akibat ketuban pecah (Manuaba, 2010:156)

Tanda persalinan lainnya:

- 1) Dorongan meneran
- 2) Tekanan fundus uterus
- 3) Perineum menonjol
- 4) Vulva dan vagina membuka

Rasa sakit oleh adanya His yang datang lebih kuat, sering dan teratur, kadang ketuban pecah sendiri (Mochtar, 2008:79).

Menurut Manuaba (1998) ada beberapa tanda-tanda persalinan yang secara fisiologis:

- a) Kekuatan rasa sakit oleh adanya His datang lebih kuat, sering dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- b) Keluar lendir bercampur dengan darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.

- d) Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan serviks: perlunakannya, pendataran, dan terjadinya pembukaan serviks (Shintia, 2015:76).

c. Tahapan persalinan

1) Kala 1 (pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap)

Klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dari vagina atau serviks mengeluarkan lendir. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi dalam dua fase yaitu:

a) Fase laten

Berlangsung dalam 7 sampai 8 jam, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm.

b) Fase aktif

(1) Fase akselerasi, yaitu pembukaan menjadi 4 cm dalam 2 jam.

(2) Fase deselerasi, yaitu pembukaan menjadi 10 cm dalam 2 jam.

(3) Fase dilatasi maksimal, yaitu berlangsung 2 jam dan pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

Fase aktif berlangsung 6 jam. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap 3 kali atau lebih dalam 10 menit lamanya 40 detik ataupun lebih (Mansjoer, 2008:79).

Beda fase primigravida dan multigravida:

(1) Primigravida

(a) Serviks membuka (mendatar) atau effacement dan baru dilatasi.

(b) Berlangsung selama 13 sampai 14 jam.

(2) Multigravida

(a) Mendatar dan membuka bersamaan

(b) Berlangsung selama 6 sampai 7 jam

(Mochtar, 2008:88).

Tabel : 2.3

Diagnosis kala dan fase persalinan

Gejala dan tanda	Kala	Fase
Serviks belum berdilatasi	Persalihan palsu/belum inpartu	
Serviks berdilatasi kurang dari 4 cm	I	Laten
Serviks berdilatasi 4-9 cm 1. Kecepatan pembukaan 1 cm atau lebih perjam 2. Penurunan kepala dimulai	I	Aktif
Serviks membuka lengkap ( 10 cm) 1. Penurunan kepala berlanjut 2. Belum ada keinginan untuk meneran	II	Awal (nonekspulsif)
Serviks membuka lengkap (10 cm) 1. Bagian terbawah telah mencapai dasar panggul 2. Ibu meneran	II	Akhir (ekspulsif)

Sumber : (Saifuddin, 2010: N-7)

2) Kala 2 (mulainya pembukaan lengkap 10 cm sampai bayi lahir)

His menjadi lebih kuat dan lebih stabil. Kekuatan His pada akhir kala pertama atau permulaan kala kedua mempunyai amplitudo 60 mmHg, interval 3 sampai 4 menit, dan durasi

berkisar 60 sampai 90 menit. His menimbulkan putar paksi dalam, penurunan kepala atau bagian terendah, menekan serviks dimana terdapat Pleksus Frankehauser sehingga terjadi refleks mengejan. Kedua kekuatan His dan relfeks mengejan makin mendorong bagian terendah sehingga terjadilah pembukaan pintu dengan *crowning* dan penipisan perineum. Selanjutnya kekuatan His dan refleks mengejan menyebabkan epulsi kepala, sehingga berturut-turut lahir dari ubun-ubun besar (UUB), dahi, muka, dan kepala seluruhnya (Manuaba, 2010:123). Untuk meningkatkan kekuatan His dan mengejan lebih berhasil guna, posisi parturien sebagai berikut:

- (1) Tubuh dilengkungkan sehingga dagu menempel pada dada.
- (2) Tangan marangkul paha sehingga bokong sedikit terangkat yang menyebabkan pelebaran pintu bawah panggul melalui persendian sakrokoksigeus.
- (3) Dengan jalan demikian kepala bayi akan ikut serta membuka diafragma pelvis dan vulva-perineum semakin tipis.

- (4) Sikap ini dikerjakan bersamaan dengn His dan mengejan sehingga resultan kekuatan menuju jalan lahir (Manuaba, 2010:135).

Menurut Chapman (2006), ada beberapa teknik posisi pada saat melakukan pimpinan persalinan kala II seperti lithotomi, posisi miring atau lateral, posisi jongkok atau setengah duduk. Masing-masing posisi persalinan mempunyai kelebihan dan kekurangan.

(1) Manuver Mc Robert yaitu posisi setengah duduk dengan hiperfleksi maksimal pada panggul dengan melibatkan fleksi maksimal kaki ibu sampai menyentuh abdomen.

(2) Manuver Mc. Robert sebenarnya adalah tehnik pengeluaran bahu pada janin yang tidak bisa dilahirkan karena bahu anterior janin telah mengalami impaksi terhadap tulang simpisis pubis. Akan tetapi pada proses persalian kala II ibu diposisikan pada posisi ini sebelum janin lahir dengan tujuan agar sumbu jalan lahir lebih pendek. Sumbu jalan lahir yang perlu ditempuh janin untuk bisa keluar jadi lebih pendek, dan suplai oksigen dari ibu ke janin pun juga dapat berlangsung secara maksimal (Utama *et all*, 2011:95).

Tanda-tanda kala II:

- 1) Dorongan ingin meneran
- 2) Adanya tekanan pada anus

- 3) Perineum membuka dan vulva membuka
- 4) Pada primigravida berlangsung 1 ½ sampai 2 jam
- 5) Pada multigravida ½ sampai 1 jam

Pada kala II dianjurkan pada ibu untuk meneran apabila ada dorongan yang kuat dan spontan untuk meneran. Pemberian nutrisi bertujuan untuk mengantisipasi ibu mengalami dehidrasi pada ibu bersalin yang dapat berpengaruh terhadap gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting dapat berkontraksi (Mochtar, 2008:78).

### 3) Kala 3 (pelepasan plasenta)

Persalinan kala III adalah tahapan persalinan setelah anak lahir sampai lahirnya seluruh plasenta dan selaput ketuban. Durasi normal dari persalinan kala III tergantung pada metode yang digunakan untuk melahirkan plasenta. Umumnya persalinan kala III berlangsung kurang dari 30 menit, sebagian besar berlangsung sekitar 2-5 menit. Kontraksi uterus berlanjut meskipun tidak sesering pada kala II. Uterus mengalami kontraksi dan mengecil sehingga plasenta terlepas. Plasenta diperas keluar dari segmen atas rahim menuju ke segmen bawah rahim sampai ke vagina dan akhirnya keluar dari jalan lahir. Kontraksi otot uterus menjepit pembuluh darah uterus sehingga perdarahan tidak berlanjut. Setelah itu, mekanisme pembekuan

darah akan membantu mekanisme tersebut untuk menghentikan perdarahan uterus lebih lanjut (Komalasari, 2014:32).

a) Mekanisme pengeluaran plasenta

Plasenta adalah massa yang bulat dan datar. Permukaan maternal plasenta berwarna antara kebiruan dan kemerahan, serta tersusun dari lobus-lobus. Pada plasenta bagian maternal inilah terjadi pertukaran darah janin dan maternal. Pertukaran ini berlangsung tanpa terjadi pencampuran antara darah maternal dan darah janin. Permukaan plasenta pada fetal memiliki karakteristik halus, berwarna putih, mengkilap, dan pada permukaannya dapat dilihat cabang vena dan arteri umbilikalis. Dua selaput ketuban yang melapisi permukaan fetal adalah korion dan amnion, yang memanjang sampai ujung bagian luar kantong yang berisi janin dan cairan amnion (Yania, 2013:12).

Menurut Mochtar (1998) fase – fase dalam pengeluaran uri meliputi:

(1) Fase pelepasan uri ada beberapa macam, yaitu :

(a) Mekanisme Schultz

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral / bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Tanda pelepasan dari tengah ini

mengakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir (Widyatun, 2012:12).

(b) Mekanisme Duncan

Terjadi pelepasan placenta dari pinggir atau bersamaan dari pinggir dan tengah mengakibatkan semburan darah sebelum plasenta lahir (Widyatun, 2012:12).

b) Fase-fase pengeluaran plasenta

(a) Kustner yaitu dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat di tegangkan maka bila tali pusat masuk (belum lepas), jika diam atau maju (sudah lepas).

(b) Klein, saat ada his, rahim kita dorong sedikit, bila tali pusat kembali (belum lepas), diam atau turun (sudah lepas).

(c) Strassman, tegangkan tali pusat dan ketok fundus bila tali pusat bergetar (belum lepas), tidak bergetar (sudah lepas), rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, keluar darah secara tiba – tiba (Yuriani, 2013:42).

Manajemen Aktif Kala Tiga adalah mengupayakan kontraksi yang adekuat dari uterus dan mempersingkat waktu kala tiga, mengurangi jumlah kehilangan darah, menurunkan

angka kejadian retensio plasenta (Kaban, 2015). Menurut Myles (2011) penatalaksanaan Aktif Kala tiga merupakan kebijakan yang mengharuskan dilakukannya pemberian uterotonik profilaktik sebagai tindakan pencegahan untuk menurunkan risiko perdarahan postpartum tanpa memedulikan status resiko obstetrik ibu. Kebijakan penatalaksanaan aktif kala tiga biasanya meliputi pemberian rutin agens uterotonik, baik secara intravena, intramuscular maupun secara oral. Pemberian ini dilakukan bersamaan dengan pengkleman tali pusat segera setelah kelahiran bayi dan pelahiran plasenta dengan menggunakan traksi tali pusat terkontrol. Jika setelah dikaji ternyata ibu juga beresiko tinggi mengalami perdarahan postpartum (misalnya, kelahiran kembar, grand multipara), infus profilaktik dosis uteronika yang lebih besar yang dilarutkan dalam cairan intravena dapat diberikan selama beberapa jam setelah kelahiran. Hal ini juga dianggap sebagai bagian dari kebijakan penatalaksanaan aktif. Penatalaksanaan aktif kala tiga merupakan kebijakan penatalaksanaan persalinan kala tiga yang paling banyak dilakukan di dunia (Kaban, 2015:6).

#### 4) Kala IV

Selama 10-45 menit berikutnya setelah kelahiran bayi, uterus berkontraksi menjadi ukuran sangat kecil yang

mengakibatkan pemisahan antara dinding uterus dan plasenta, di mana nantinya akan memisahkan plasenta dari tempat lekatnya. Pelepasan plasenta membuka sinus-sinus plasenta dan menyebabkan perdarahan. Akan tetapi, dibatasi sampai rata-rata 350 ml oleh mekanisme sebagai berikut: serabut otot polos uterus tersusun terbentuk angka delapan mengelilingi pembuluh-pembuluh darah ketika pembuluh darah tersebut melalui dinding uterus. Oleh karena itu, kontraksi uterus setelah persalinan bayi menyempitkan pembuluh darah yang sebelumnya menyuplai darah ke plasenta (Sipahutar, 2015:09). Ada beberapa tahapan untuk menilai keadaan ibu setelah persalinan, diantaranya:

a) Evaluasi uterus, konsistensi dan atonia

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih dua per tiga sampai tiga per empat antara simfisis pubis dan umbilikal.

Uterus yang berkontraksi normal harus keras ketika disentuh. Jika segmen atas uterus keras, tetapi perdarahan uterus tetap, pengkajian segmen bawah perlu dilakukan.

Uterus yang lunak, hipotonik, longgar, tidak berkontraksi dengan baik disebut dengan keadaan atonia uterus (Sipahutar, 2015:11-12).

b) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Setelah memastikan uterus berkontraksi dengan baik serta efektif dan perdarahan berasal dari sumber lain, dilakukan inspeksi perineum, vagina bawah, area periuretra, untuk mengetahui adanya memar pembentukan hematoma, laserasi pembuluh darah atau mengalami perdarahan (Sipahutar, 2015:12).

Memasuki Kala IV persalinan observasi yang dilakukan antara lain yaitu: tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, kontraksi uterus, terjadinya perdarahan). Perdarahan normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Manuaba, 2010:132).

Pedoman petunjuk pengisian partograf

Partograf adalah alat bantu yang di gunakan selama fase aktif persalinan (Depkes RI, 2004). Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan dengan normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

Kondisi Bayi: Kolom pertama adalah digunakan untuk mengamati kondisi janin. Yang diamati dari kondisi bayi adalah DJJ, air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

1) DJJ

Menilai dan mencatat denyut jantung janin (DJJ) setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Tiap kotak menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik lainnya dengan garis tidak terputus. Kisaran normal DJJ 110-160 x/menit.

2) Warna dan adanya air ketuban

Menilai air ketuban dilakukan bersamaan dengan periksa dalam. Warna air ketuban hanya bisa dinilai jika selaput ketuban telah pecah. Lambang untuk menggambarkan ketuban atau airnya:

U: selaput ketuban utuh (belum pecah)

J: selaput ketuban telah pecah dan air ketuban jernih

M: selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D: selaput ketuban telah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : selaput ketuban telah pecah dan air ketuban kering (tidak mengalir lagi)

Mekonium dalam air ketuban tidak selalu berarti gawat janin. Merupakan indikasi gawat janin jika juga disertai DJJ di luar rentang nilai normal.

### 3) Penyusupan (molase) tulang kepala

Penyusupan tulang kepala merupakan indikasi penting seberapa jauh janin dapat menyesuaikan dengan tulang panggul ibu. Semakin besar penyusupan semakin besar kemungkinan disporposi kepal panggul. Lambang yang digunakan:

0: tulang –tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi

1: tulang-tulang kepala janin sudah saling bersentuhan

2: tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan

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

### 4) Kemajuan persalinan

Kolom kedua untuk mengawasi kemajuan persalinan yang meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin, garis waspada dan garis bertindak dan waktu.

Pembukaan serviks

Angka pada kolom kiri 0-10 menggambarkan pembukaan

serviks. Menggunakan tanda X pada titik silang antara angka yang sesuai dengan temuan pertama pembukaan serviks pada fase aktif dengan garis waspada. Hubungan tanda X dengan garis lurus tidak terputus.

Penurunan bagian terbawah Janin

Tulisan “turunnya kepala” dan garis tidak terputus dari 0-5 pada sisi yang sama dengan angka pembukaanserviks. Berikan tanda “●” pada waktu yang sesuai dan hubungkan dengan garis lurus. Contoh:

Jam 17.00 penurunan kepala 3/5

Jam 21.00 penurunan kepala 1/5

Kemudian hubungkan kedua tanda “●” dengan garis tidak terputus.

Garis waspada: Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada, maka waspadai kemungkinan adanya penyulit persalinaan. Jika persalinaan telah berada di sebelah kanan garis bertindak yang sejajar dengan garis waspada maka perlu segera dilakukan tindakan penyelesaian persalinaan.

Siapkan untuk dirujuk.

Jam dan Waktu: Waktu berada dibagian bawah kolom terdiri atas waktu mulainya fase aktif persalinaan dan waktu aktual saat pemeriksaan. Waktu mulainya fase aktif persalinaan diberi angka 1-16, setiap kotak: 1 jam yang digunakan untuk

menentukan lamanya proses persalinan telah berlangsung. Waktu aktual saat pemeriksaan merupakan kotak kosong di bawahnya yang harus diisi dengan waktu yang sebenarnya saat kita melakukan pemeriksaan (APN, 2008)

#### 5) Kontraksi Uterus

Terdapat lima kotak mendarat untuk kontraksi. Pemeriksaan dilakukan setiap 30 menit, raba dan catat jumlah dan durasi kontraksi dalam 10 menit. Misal jika dalam 10 menit ada 3 kontraksi yang lamanya 20 detik maka arsirlah angka tiga kebawah dengan warna arsiran yang sesuai untuk menggambarkan kontraksi 20 detik (arsiran paling muda warnanya).

#### 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Catat obat dan cairan yang diberikan di kolom yang sesuai. Untuk oksitosin dicantumkan jumlah tetesan dan unit yang diberikan.

Kondisi ibu: Catat nadi ibu setiap 30 menit dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai. Ukur tekanan darah ibu tiap 10 menit dan beri tanda ↓ pada kolom yang sesuai. Temperatur dinilai setiap dua jam dan catat di tempat yang sesuai.

#### 7) Volume urine, protein dan aseton

Lakukan tiap 2 jam jika memungkinkan.

#### 8) Data lain yang harus dilengkapi dari partograf adalah:

Data atau informasi umum

Kala I, Kala II, Kala III, Kala IV

Bayi baru lahir diisi dengan tanda centang (√) dan diisi titik yang disediakan.

#### 4. Perubahan fisiologis persalinan

Perubahan fisiologis yang terjadi pada saat melahirkan ditandai peningkatan kadar kortisol, dan menurunnya kadar seng serum. Penambahan seng dalam pakan yang tepat mampu menekan stres yang terjadi pada saat melahirkan serta mampu memelihara dan mempertahankan kadar seng serum dalam nilai kisaran fisiologis (Widhyari dkk, 2011:64).

Adaptasi perubahan fisiologis terdiri dari perubahan sistem reproduksi, sistem kardiovaskular, sistem pernafasan, sistem gastrointestinal, sistem renal, sistem endokrin, perubahan dinding perut dan kulit, serta perubahan metabolik (Sulistiyani, 2016:69).

##### a. Perubahan pada ibu

##### 1) Sistem reproduksi

##### a) Segmen atas rahim (SAR) dan segmen bawah rahim (SBR)

Sejak kehamilan lanjut, uterus terbagi menjadi dua bagian yaitu segmen atas rahim yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang dibentuk dari isthmus uteri. SAR memegang peranan yang aktif karena

berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal seiring majunya persalinan. Sebaliknya SBR memegang peranan pasif, akan makin tipis dengan majunya persalinan karena diregang. Jadi secara singkat, saat SAR berkontraksi, ia akan menjadi tebal dan mendorong janin keluar, sedangkan SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui oleh bayi (Rohani, *et all.* 2011:91)

b) Sifat kontraksi otot rahim

1) Kontraksi otot rahim mempunyai dua sifat yang khas, yaitu :

a) Setelah kontraksi, otot tersebut tidak berelaksasi kembali ke keadaan sebelum kontraksi, tetapi menjadi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya seperti sebelum kontraksi. Kejadian ini disebut retraksi. Dengan retraksi, rongga rahim mengecil dan anak berangsur di dorong ke bawah dan tidak banyak naik lagi ke atas setelah his hilang.

Akibatnya segmen atas makin tebal seiring majunya persalinan, apalagi setelah bayi lahir (Prawirohardjo, 2008:95-96)

b) Kontraksi tidak sama kuatnya, tetapi paling kuat di daerah fundus uteri dan berangsur berkurang ke bawah dan paling lemah pada segmen bawah rahim. Jika kontraksi di bagian bawah sama kuatnya dengan kontraksi di bagian atas, tidak akan ada kemajuan dalam persalinan. Karena pada permulaan persalinan serviks masih tertutup, isi rahim tentu tidak dapat didorong ke dalam vagina. Jadi, pengecilan segmen atas harus diimbangi oleh relaksasi segmen bawah rahim. Akibat hal tersebut, segmen atas makin lama semakin mengecil, sedangkan segmen bawah semakin diregang dan makin tipis, isi rahim sedikit demi sedikit terdorong ke luar dan pindah ke segmen bawah. Karena segmen atas makin tebal dan segmen bawah makin tipis, batas antar segmen atas dan segmen bawah menjadi jelas. Batas ini disebut “lingkaran retraksi fisiologis”. Jika segmen bawah sangat diregang, lingkaran retraksi lebih jelas lagi dan naik mendekati pusat, lingkaran ini disebut “lingkaran retraksi patologis atau lingkaran Bandl yang merupakan tanda ancaman robekan rahim dan muncul jika

bagian depan tidak dapat maju, misalnya karena pangul sempit (Prawirohardjo, 2008:97).

### (3) Perubahan pada serviks

#### a. Pendataran

Pemendekaan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa milimeter mencapai 3 cm, menjadi satu lubang dengan pinggir yang tipis. Proses ini terjadi dari atas kebawah sebagai hasil dari aktivitas miometrium. Derajat pendataran serviks dibandingkan dengan yang belum mendatar yaitu, jika panjang serviks berkurang separuh maka dikatakan 50% mendatar, namun bila serviks menjadi setipis sekmen uterus bawah, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100% (Rohani dkk, 2011:111).

#### b. Pembukaan

Pembukaan terjadi sebagai akibat dari kontraksi uterus serta tekanan yang berlawanan dari kantong membran dalam dan bagian bawah janin. Kepala janin saat fleksi akan membantu pembukaan yang efisien. Pada primigravida, pembukaan didahului oleh pendataran serviks, sedangkan pada multigravida pembukaan serviks dapat terjadi bersamaan dengan

pendataran. Pembukaan serviks ditentukan dengan memperkirakan diameter rata-rata pembukaan. Jari pemeriksa disatukan dari tepi serviks disatu sisi kesisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam cm. Serviks dikatakan membuka penuh bila diameternya 10 cm, karena bagian terbawah ukuran bayi aterm biasanya dapat melewati serviks yang membuka lebar (Rohani, 2011:99).

#### (4) Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Dalam kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sehingga dapat dilalui oleh janin. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan janin. Oleh bagian depan yang maju itu, dasar panggul diregang dengan dinding-dinding yang tipis (Rohani dkk, 2011:113).

#### 2) Sistem kardiovaskular

##### (1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama terjadinya kontraksi (sistol rata-rata naik) 10-20 mmHg, diastole naik 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali seperti saat sebelum persalinan. Rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah. Perubahan posisi

ibu dari terlentang menjadi miring dapat mengurangi peningkatan tekanan darah (Prawirohardjo, 2008:99).

(2) Detak jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung akan meningkat secara dramatis selama kontraksi (Prawirohardjo, 2008:99).

(3) Jantung

Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskular ibu. Hal ini menyebabkan peningkatan curah jantung sebesar 10-15% (Prawirohardjo, 2008:103).

3) Sistem pencernaan

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur-angsur disebabkan karena kecemasan dan aktivitas otot skeletal, peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, curah jantung (cardiac output), pernapasan dan kehilangan cairan (Rohani dkk, 2011:114).

Motilitas lambung dan penyerapan makanan padat secara substansial sangat berkurang selama persalinan selain itu pengeluaran getah lambung berkurang menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban (Rohani dkk, 2011:114).

#### 4) Suhu Tubuh

Oleh karena adanya peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan. Selama dan setelah persalinan akan terjadi peningkatan, peningkatan suhu tidak boleh melebihi dari  $0,5-1^{\circ}\text{C}$  (Prawirohardjo, 2008:104).

#### 5) Sistem Pernapasan

Oleh karena terjadinya peningkatan metabolisme, maka terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan yang dianggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis. Observasi pernapasan ibu dan bantulah dalam mengendalikan pernapasan tersebut untuk menghindari hiperventilasi tersebut (Indri, 2012:7-8).

#### 6) Sistem Perkemihan

Protein uri yang sedikit (+1) dianggap normal dalam persalinan. Pada saat persalinan wanita mengalami kesulitan untuk berkemih secara spontan dengan alasan edema jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, rasa malu (Indri, 2012:9).

#### 7) Perubahan Integumen

Adaptasi sistem integumen khususnya distensibilitas yang besar pada introitus vagina yang terbuka. Derajat distensibilitas bervariasi pada ibu yang melahirkan.

Walaupun tanpa episiotomi atau laserasi, robekan kecil pada kulit sekitar introitus vagina mungkin terjadi (Indri, 2012:9).

#### 8) Tekanan darah

Ada beberapa faktor yang mengubah tekanan darah ibu, baik tekanan sistolik maupun diastolik akan tetap sedikit meningkat diantara kontraksi. Wanita yang memang memiliki resiko hipertensi kini resikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak (Supriatiningsih, 2015:35).

#### b. Perubahan pada janin

##### 1) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Untuk memprediksi keadaan janin yang berkaitan dengan oksigenasi Denyut Jantung Janin (DJJ) rata-rata pada aterm 140 kali/menit, sedangkan Denyut Jantung Janin (DJJ) normal ialah 110-160 kali/menit (Indri, 2012:11)

##### 2) Sirkulasi janin

Sirkulasi janin dipengaruhi oleh posisi ibu, kontraksi uterus, tekanan darah, aliran darah tali pusat. Kontraksi uterus selama masa persalinan cenderung mengurangi sirkulasi melalui anterior spirallis sehingga mengurangi nperfusi melalui ruang intervilosa.

### 3) Pernafasan dan perilaku lain janin

Perubahan-perubahan tertentu menstimulasi kemoreseptor pada aorta dan badan carotid guna mempersiapkan janin melalui pernafasan setelah lahir. Perubahan yang terjadi antara lain:

- (1) 2 sampai 7 ml air ketuban diperas keluar dari paru-paru (selama persalinan pervaginam)
- (2) Tekanan oksigen janin menurun
- (3) Tekanan karbondioksida arteri meningkat
- (4) PH arteri menurun (Indri, 2012:14)

### 2. Perubahan psikologis persalinan

Menurut Kartono (2008) dalam jurnal nasional menjelang persalinan, kecemasan pada ibu hamil trimester tiga dapat berdampak pada proses persalinan, dimana pengaruh psikologis ini bisa menghambat proses persalinan, misalnya his tidak teratur, jalan lahir sangat kaku dan sulit membuka, atau posisi bayi tak kunjung turun. Terhambatnya proses persalinan disebabkan kecemasan dapat menstimulasi pengeluaran hormon katekolamin yang akan menghambat kerja atau aktivitas uterus. Menurut Stuart dan Sundeen (1998) kecemasan menghadapi persalinan merupakan perasaan individu dan pengalaman subjektif yang tidak dapat diamati secara langsung dan perasaan tanpa objek yang spesifik dipacu oleh

ketidaktahuan dan didahului oleh pengalaman baru (Marhamah, 2013:69).

Banyak wanita normal merasakan kegirahan dan kegembiraan disaat merasakan kesakita pertama menjelang kelahiran bayinya. Hal ini merupakan kelegaan hati, seolah-olah pada saat itu benar-benar terjadi sesuatu yaitu muncul rasa bangga karena dapat melahirkan anak. Seorang ibu merasa tidak sabar mengikuti naluriah dirinya sendiri, biasanya mereka menolak nasehat-nasehat dari luar. Merasakan ketakutan dan kekhawatiran jika dia berada dilingkungan yang baru atau asing (Prawirohardjo, 2008:118).

Menurut Supriyatingsih (2015) ada beberapa perubahan-perubahan yang dialami dalam masa persalinan, diantaranya:

- a. Memperlihatkan ketakutan atau kecemasan, yang menyebabkan wanita mengartikan ucapan pemberi perawatan atau kejadian persalinan secara pesimistik atau negatif.
- b. Mengajukan banyak pertanyaan atau sangat waspada terhadap sekelilingnya
- c. Memperlihatkan tingkah laku sangat membutuhkan.
- d. Memperlihatkan tingkah laku minder, malu atau tidak berharga
- e. Memperlihatkan reaksi keras terhadap kontraksi ringan atau terhadap pemeriksaan.
- f. Menunjukkan ketegangan otot dalam derajat tinggi.

#### 4. Kebutuhan dasar persalinan

Peran penting dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong saat proses persalinan. Terdapat lima kebutuhan dasar bagi wanita yang sedang mengalami proses persalinan. Berikut ini kebutuhan-kebutuhan bagi seorang wanita saat proses persalinan:

- a. Asuhan fisik dan psikologis
- b. Kehadiran seorang pendamping secara terus menerus
- c. Pengurangan rasa sakit
- d. Penerimaan atas sikap dan perilakunya
- e. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman (Astuti *et all*, 2012:80-82).
- f. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Kondisi emosional ibu menjelang persalinan sangat labil. Kegelisahan dan ketidaknyamanan ibu mencapai puncaknya. Kehadiran seorang pendamping persalinan khususnya suami memberikan sedikitnya tiga peran terhadap proses persalinan ibu. Peran yang pertama adalah sebagai pelatih, di mana seorang suami mendampingi dan membantu ibu selama dan sesudah kontraksi persalinan. Peran yang kedua adalah sebagai teman satu tim yang membantu memenuhi

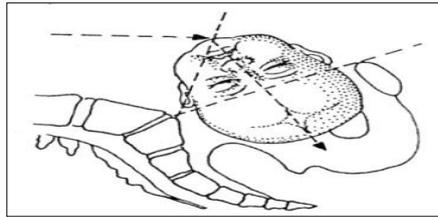
kebutuhan yang diharapkan ibu, seperti kebutuhan dukungan fisik dan psikologis. Peran yang ketiga adalah sebagai saksi, maksudnya suami menjadi saksi proses persalinan ibu sampai kelahiran bayi (Astuti *et all*, 2012:88).

#### 5. Mekanisme persalinan

Menurut Utama dkk (2011) proses persalinan mempunyai tahapan yang disebut kala yang berbeda dari setiap tahapan tersebut. Seorang ibu bersalin akan memasuki persalinannya melalui beberapa tahapan mekanisme persalinan seperti kala I persalinan, umumnya dikenal dengan awitan kontraksi uterus yang teratur sampai dengan dilatasi serviks lengkap, kemudian kala II persalinan yang dikenal sebagai fase dilatasi penuh serviks sampai dengan lahirnya bayi. Dimana kala II ini jauh lebih singkat daripada kala I. Kala III merupakan proses sejak lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta dan membran dan juga fase terakhir dari persalinan adalah pengawasan setelah kelahiran plasenta (Utama dkk, 2011:15).

Menurut Wiknjosastro, dkk (2009) gerakan – gerakan janin dalam persalinan adalah sebagi berikut :

- a. *Engagement* ( masuknya kepala ): kepala janin berfiksasi pada pintu atas panggul.



Gambar 2.5

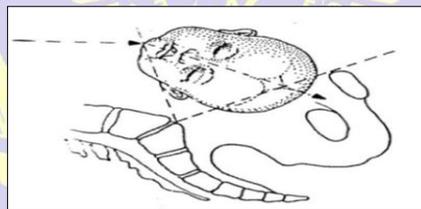
Kepala masuk PAP

Sumber :Wiknjosastro, dkk. 2009. 131.

b. *Descent* ( penurunan )

Penurunan di laksanakan oleh satu / lebih.

- 1) Tekanan cairan amnion
- 2) Tekanan langsung fundus pada bokong kontraksi otot abdomen.
- 3) Ekstensi dan penelusuran badan janin.
- 4) Kekuatan mengejan.



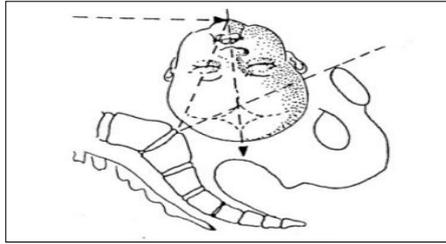
Gambar 2.6

Penurunan kepala

Sumber :Wiknjosastro, dkk. 2009. 131.

c. *Fleksion* (fleksi)

Fleksi di sebabkan karena anak di dorong maju dan ada tekanan pada PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Pada fleksi ukuran kepala yang melalui jalan lahir kecil, karena diameter *fronto occipito* di gantikan diameter *sub occipito* (varney, 2007).



Gambar 2.7  
 Fleksion kepala pada PAP  
 Sumber : Wiknjosastro, dkk. 2009. 131.

d. Internal rotation ( rotasi dalam)

Pada waktu terjadi pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari janin memutar ke depan ke bawah simfisis ( UUK berputar ke depan sehingga dari dasar panggul UUK di bawah simfisis).

e. Extension ( ekstensi )

Ukun – ukun kecil (UUK) di bawah simfisis maka sub occiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi ( ekstensi ).



Gambar 2.8  
 Gerakan ekstensi kepala  
 Sumber : Manuaba, dkk. 2010. 185.

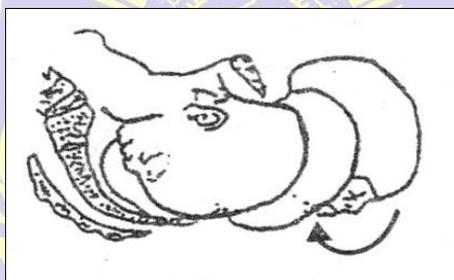
f. External rotation (rotasi luar)

Gerakan sesudah defleksi untuk menyesuaikan kedudukan kapala dengan punggung anak.



Gambar 2.9  
Penyesuaian kedudukan kepala  
Sumber : Manuaba, dkk. 2010. 185.

g. Expulsion ( ekspulsi ): terjadi kelahiran bayi seluruhnya (Widiyatun, 2012).



Gambar 2.10  
Pengeluaran kepala  
Sumber : Manuaba, dkk. 2010. 185.

### 2.1.3 Konsep Dasar Masa nifas

#### 1. Definisi Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Kurniawati *et all*, 2016:46).

Masa nifas disebut juga masa postpartum atau puerperium yaitu masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim, sampai enam minggu berikutnya, disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan, yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya berkaitan saat melahirkan (Suherni, 2009:79).

Masa pasca persalinan adalah fase khusus dalam kehidupan ibu serta bayi. Bagi ibu yang mengalami persalian untuk pertama kalinya, ibu menyadari terjadinya perubahan kehidupan yang sangat bermakna selama kehidupannya. Keadaan ini ditandai dengan perubahan emosional, perubahan fisik secara dramatis, hubungan keluarga dan aturan serta penyesuaian terhadap aturan yang baru (Prawirohardjo, 2013:123)

Menurut Saefudin (2009) asuhan masa nifas sangat diperlukan karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya (Satyawati *et al*, 2016:81).

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama 6 minggu (Sulistyawati, 2009:82).

## 2. Fisiologis masa nifas

### 1. Proses masa nifas

#### 1) Involusi uterus

Uterus berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan semula seperti keadaan sebelum hamil. Setelah bayi-bayi lahir TFU setinggi pusat. Setelah plasenta lahir 2 jari dibawah pusat, 6 hari postpartum pertengahan symphysis – pusat, 10 hari postpartum uterus tidak teraba. Uterus mengecil dan mengeras karena kontraksi dan retraksi otot-otonya (Ayu, 2008:66-68).

2) Perubahan serviks dan vagina

Serviks menganga seperti corong disebabkan oleh korpus uteri berkontraksi. Vagina lambat laun mencapai ukuran normal pada minggu ke 3 dan akan tampak kembali (Ayu, 2008:69).

3) Perubahan pada traktus urinarius

Pada dinding kandung kemih mengalami oedema sehingga menyebabkan hyperemia terkadang sampai terjadi obstruksi sehingga akan menekan uretra dan terjadi retensi urine ini akan pulih kembali setelah 2 minggu (Ayu, 2008:70).

4) Laktasi

Perubahan yang terjadi pada mammae yaitu proliferasi jaringan, kelenjar alveolus, lemak. Pengaruh oksitosin yaitu merangsang kelenjar susu berkontraksi karena rangsangan penghisapan pada puting susu (Ayu, 2008:72).

## 2. Tanda bahaya nifas

Menurut Pusdiknakes (2003), tanda-tanda bahaya masa nifas adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Feriana, 2012:12).

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

### 1) Perdarahan pasca persalinan (post partum)

#### (1) Pengertian

Menurut Eny (2009), Perdarahan pasca persalinan (post partum) adalah perdarahan yang melebihi 500 – 600 ml setelah bayi lahir (Feriana, 2012:13).

(a) Perdarahan post partum primer (Early post partum hemorrhage) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir (Feriana, 2012:13).

(b) Perdarahan post partum sekunder (Late post partum hemorrhage) yang terjadi setelah 24 jam. Penyebab utamanya adalah sub involusi, infeksi nifas dan sisa placenta. Menurut Manuaba (2005), perdarahan postpartum merupakan penyebab penting kematian maternal (Feriana, 2012:15).

(2) Faktor-faktor penyebab perdarahan post partum adalah:

(a) Paritas lebih dari 5

(b) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun

(c) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan yaitu pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa (Feriana, 2012:15).

(3) Penanganan

Untuk mengatasi kondisi ini dilakukan penanganan umum dengan perbaikan keadaan umum dengan pemasangan infus, transfusi darah, pemberian antibiotik, dan pemberian uterotonika. Pada kegawat daruratan dilakukan rujukan ke rumah sakit (Manuaba, 2008:137).

2) Lokia berbau busuk

(1) Pengertian

Lokia adalah sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Sedangkan lokia yang berbau busuk adalah sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas yang berupa cairan seperti nanah yang berbau busuk (Prawirohardjo, 2007:112).

(2) Penyebab

Ini terjadi karena infeksi dan komplikasi plasenta rest. Plasenta rest merupakan bentuk perdarahan pasca partus

berkepanjangan sehingga pengeluaran lokia disertai darah lebih dari 7–10 hari. Dapat terjadi perdarahan baru setelah pengeluaran lokia normal, dan dapat berbau akibat infeksi plasenta rest. Pada evaluasi pemeriksaan dalam terdapat pembukaan dan masih dapat diraba sisa plasenta atau membrannya. Subinvolusi uteri karena infeksi dan menimbulkan perdarahan terlambat (Manuaba, 2008:137).

### (3) Penanganan

Tindakan penanganan meliputi pemasangan infus profilaksis, pemberian antibiotik adekuat, pemberian uterotonika (oksitosin atau metergin), dan tindakan definitif dengan kuretase dan dilakukan pemeriksaan patologi-anatomik (Notoatmodjo, 2008:80).

### 3) Pengecilan rahim terganggu (Sub involusi uterus)

#### (1) Pengertian

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin menjadi 40-60 gram 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut sub involusi (Eny, 2009:27-28)

## (2) Penyebab

Faktor penyebab sub involusi antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri. Pada pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lokia banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan (Eny, 2009:28).

## (3) Penanganan

Menurut Prawirohardjo (2005), pengobatan dilakukan dengan memberikan injeksi methergin setiap hari ditambah ergometrin per oral. Bila ada sisa plasenta lakukan kuretase. Berikan antibiotika sebagai pelindung infeksi (Feriana, 2012:29).

## 4) Nyeri pada perut dan pelvis

### (1) Pengertian

Menurut Prawirohardjo (2005), tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat menyebabkan komplikasi nifas seperti peritonitis. Peritonitis adalah peradangan pada peritonium (Feriana, 2012:30).

### (2) Penyebab

Peritonitis nifas bisa terjadi karena meluasnya endometritis, tetapi dapat juga ditemukan bersama-sama dengan salpingo-ooforitis dan sellulitis pelvika.

Selanjutnya ada kemungkinan bahwa abses pada sellulitis pelvika mengeluarkan nanahnya ke rongga peritonium dan menyebabkan peritonitis (Prawirohardjo, 2007:112).

### (3) Penanganan

Menurut Pamilih (2006), Pengobatan dilakukan dengan pengisapan nasogastrik, pasang infus intravena, berikan kombinasi antibiotik sampai ibu tidak demam selama 48 jam ( ampicilin 2 g melalui intravena setiap 6 jam, ditambah gentamisin 5 mg/kg berat badan melalui intravena setiap 24 jam, ditambah metronidazol 500 mg melalui intravena setiap 8 jam) (Feriana, 2012:31).

Apabila ibu nifas mengerti tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, maka apabila terjadi masalah-masalah seperti infeksi nifas maka ibu akan mengerti dan segera memeriksakan diri ke petugas kesehatan. Sebaliknya jika ibu tidak mengerti tanda-tanda bahaya masa nifas maka ibu tidak akan tahu apakah ibu dalam bahaya atau tidak (Sumiati *et all*, 2015:33-34).

### 3. Faktor yang mempengaruhi masa nifas

Faktor yang dapat mempengaruhi tanda bahaya nifas adalah tingkat pengetahuan ibu nifas tentang tanda bahaya nifas. Menurut Mubarak (2011), mengatakan pengetahuan adalah salah satu hal

yang sangat mempengaruhi pola pikir, karena tidak dipungkiri semakin tinggi pengetahuan seseorang, semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya pengetahuan akan semakin banyak. Sebaliknya dengan pengetahuan yang rendah akan menghambat penerimaan informasi yang diberikan, sehingga sangat mempengaruhi keadaan selama nifas (Kurniawati *et all*, 2016:75).

#### 4. Tahapan dan periode masa nifas

Masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan yaitu :

- 1) Puerperium dini, masa pemulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial, masa pemulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang 6 minggu.
- 3) Remote puerperium, waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Maritalia, 2012:33).

Periode masa nifas menurut Bobab (2008:78), periode masa nifas dibagi menjadi tiga, yaitu:

- 1) *Immediate puerperium*

Segera setelah persalinan sampai 24 jam setelah persalinan.

- 2) *Early puerperium*

Satu hari sampai 7 hari setelah persalinan.

3) Late puerperium

Satu minggu sampai enam minggu setelah persalinan (Rohimawati, 2013:23-24).

5. Kunjungan masa nifas

Kebijakan Program Nasional Masa Nifas Menurut Wulandari dan Handayani (2011), paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

1) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)

Tujuannya mencegah perdarahan masa nifas akibat atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir (Bouding Attachment), menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hypothermia.

2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

Tujuannya memastikan involusi uterus berjalan normal, menilai adanya tanda-tanda demam, memastikan ibu cukup makanan, cairan, dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

### 3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tujuannya memastikan involusi uterus berjalan normal, menilai adanya tanda-tanda demam, memastikan ibu cukup makanan, cairan, dan istirahat, memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit, memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

### 4) Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

Tujuannya menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu alami, memberikan konseling KB secara dini (Rohimawati, 2013:26).

### 3. Perubahan fisiologis masa nifas

Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya seperti pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam 2 minggu telah turun masuk kedalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar. Involusi uterus melibatkan pengreorganisasian dan pengguguran desidua serta pengelupasan situs plasenta, sebagaimana diperlihatkan

dengan pengurangan dalam ukuran dan berat serta warna dan banyaknya lokia. Involusi tersebut dapat dipercepat prosesnya bila ibu menyusui bayinya (Saleha, 2009:71).

Pada masa ini terjadi perubahan-perubahan fisiologi, yaitu:

1. Perubahan fisik
2. Involusi uterus dan pengeluaran lokia
3. Laktasi atau pengeluaran air susu ibu
4. Perubahan sistem tubuh lainnya
5. Perubahan psiki (Wahyuningrum, 2012:52)

Menurut Ambarwati dkk (2010), perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas antara lain:

1. Perubahan system reproduksi
  - a) Involusi uterus
    - 1) Involusi atau pengurutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 69 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati dkk, 2010:59-60).

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi neurotic atau layu atau mati (Sulistyawati, 2009:81).

## 2) Proses involusi uteri

Pada akhir kala III persalinan, uterus berada digaris tengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini besar uterus kira-kira sama dengan besar uterus selama kehamilan 16 minggu dengan berat 100 gram. Peningkatan kadar estrogen dan progesterone bertanggung jawab untuk pertumbuhan uterus selama hamil. Involusi uterus menurut Sulistyawati (2009:103) terjadi melalui tiga tahapan yaitu:

### a) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uteri. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebarnya dari sebelum hamil.

### b) Atrofi jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya esterogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi esterogen yang menyertai pelepasan plasenta (Sulistyawati, 2009:83).

c) Efek oksitosin (kontraksi)

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah lahir. Hal tersebut diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume *intrauterine* yang sangat besar. Kontraksi dan retraksi otot uteri akan mengurangi bekas luka tempat implantasi plasenta dan mengurangi perdarahan (Sulistyawati, 2009:84).

3) Bagian bekas implantasi plasenta

- a) Bekas implantasi plasenta segera setelah plasenta lahir seluas 12x5cm, permukaan kasar, dimana pembuluh darah besar bermuara.
- b) Pada pembuluh darah terjadi pembentukan trombosis disamping pembuluh darah tertutup karena kontraksi otot rahim.
- c) Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil pada minggu ke 2 sebesar 6-8 cm dan pada akhir masa nifas sebesar 2 cm.
- d) Lapisan endometrium dilepaskan dalam bentuk jaringan mikrosis bersama dengan lokia.
- e) Luka bekas implantasi plasenta akan sembuh karena pertumbuhan endometrium yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis endometrium.

- f) Luka sembuh sempurna pada 6-8 minggu postpartum
- 4) Perubahan-prubahan normal pada uterus selama postpartum (Ambarwati dkk, 2010:90).

Tabel 2.4  
 Involusi uterus  
 Sumber: (Ambarwati dkk, 2010:96)

Involusi uteri	TFU	Berat uterus	Diameter uterus	Papasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5	Lembut/lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan simpisis	500	7,5	2 cm
14 hari (minggu2)	Tidak teraba	350	5	1 cm
6 minggu	Normal	60	2,5	Menyempit

b) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai bau amis atau anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Proses keluarnya darah nifas/lochea terdiri atas 4 tahapan:

(1) Lochea rubra/ merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ke empat masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna

merah karena berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

(2) Lochea sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke empat sampai hari ketujuh postpartum.

(3) Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/ laserasi plasenta. Muncul pada hari ketujuh sampai hari ke empat belas masa postpartum.

(4) Lochea alba / putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum (Ambarwati dkk, 2010:99).

Table 2.5  
Perubahan lochea masa nifas

Lokia	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra (kruenta)	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa mekoneum
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecoklatan dan berlendir	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kuning kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/laserasi plasenta
Alba	> 14 hari postpartum	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lokia purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lokiastasis			Lokia tidak lancar keluar

Sumber: (Anggraini. 2010:28)

### c) Cervik

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat permukaan laserasi kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil. Serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke enam postpartum serviks menutup (Ambarwati dkk, 2010:103).

Perubahan yang terjadi pada serviks ialah berbentuk agak menganga seperti corong setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin (Sulistiyawati, 2009:89).

d) Vulva dan vagina

Mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormone estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4 (Ambarwati dkk, 2010:105).

e) Perinium

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke lima perineum sudah mendapatkan tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Sulistiyawati, 2009:90).

## 2. Perubahan sistem pencernaan

Sewaktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya BAB kembali teratur dapat diberikan diet/ makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2/3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah/ gliserin spuit atau diberikan obat laksan yang lain (Ambarwati, 2010:111).

## 3. Perubahan sistem perkemihan

Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2-8 minggu, tergantung pada keadaan sebelum persalinan, lamanya partus kala 2 dilalui, besarnya tekanan kepala yang menekan selama persalinan (Suherni, 2009:67).

## 4. Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas

### 1) Suhu badan

Sekitar hari ke-4 pasca persalinan, suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2-37,5 derajat celcius. Bila semakin tinggi lebih dari 38 derajat celcius pada hari ke dua sampai berikutnya, harus diwaspadai adanya infeksi atau sepsis nifas (Suherni, 2009:68).

## 2) Denyut nadi

Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda (Ambarwati, 2010:116).

## 3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsia postpartum (Suherni, 2009:70).

## 4) Pernafasan

Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Suherni, 2009:70-71).

## 4. Perubahan psikologis masa nifas

Berbagai reaksi ibu setelah melahirkan akan mempengaruhi sikap, perilaku dan tingkat emosional. Tekanan psikologis setelah persalinan merupakan gejala emosional dan perasaan dimana seorang ibu merasa murung, tidak bisa tidur, kelelahan fisik yang berlebihan, dan tidak mengetahui apa yang bisa dilakukan atas peranannya yang baru (Cahyo *et al*, 2008:143).

Menurut Gottlib (1992), mengatakan bahwa tekanan psikologis setelah persalinan mempunyai beberapa gejala antara lain gejala fisik seperti tidak dapat tidur, tidur berlebihan, tidak dapat berpikir jernih, merasa dikekang oleh suatu keadaan, serta merasa lelah dan gerak geriknya menjadi lamban. Emosi yang positif dan hubungan kasih sayang akan memperlihatkan pengaruh orang tuaterhadap pemeliharaan anak. Dikemukakan juga oleh ahli Bunarsa (1995), tentang pengkajian pada ibu dari aspek psikologis merupakan dasar persiapan ibu dalam peran barunya untuk dilaksanakan. Secara teoritis seorang wanita setelah persalinan (post partum) pasti mengalami gangguan psikologis (Maternal Blues), hal ini dipengaruhi oleh perubahan hor-monal yang dihasilkan (Cahyo *et all*, 2008:143-144).

Masalah psikologis pada masa nifas atau massa pasca persalinan bukan merupakan komplikasi yang jarang ditemukan. Masalah ini dapat dihindari dengan adanya dukungan sosial serta dukungan pelaksana pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan (Prawirohardjo, 2013:56).

Adaptasi psikologis ibu pada massa nifas:

1. Fase *taking in*

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus

perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses melahirkan sering berulang akan diceritakannya. Hal ini cenderung seorang ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya (Suherni, 2009:91).

#### 2. Fase *taking hold*

Fase ini merupakan fase kedua dari masa nifas. Berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Didalam fase ini seorang ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan tentang cara merawat dirinya sendiri dan bayinya sehingga timbul perasaan percaya diri (Suherni, 2009:91).

#### 3. Fase *letting go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri sendiri, dan merawat bayinya sudah mulai meningkat (Suherni, 2009:91-92).

#### 4. Post partum blues

Penyebab dari terjadinya *postpartum blues* ada beberapa hal diantaranya adalah, lingkungan tempat melahirkan yang kurang mendukung, perubahan hormon yang cepat, dan keraguan terhadap peran yang baru. *Postpartum blues* biasanya

terjadi setelah kelahiran dan berlanjut sampai 10-14 hari. Karakteristik postpartum bluen adalah menangis, gelisah, perubahan dalam perasaan, menarik diri, reaksi negatif terhadap bayinya (Sulistyawati, 2009:94).

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada saat postpartum adalah:

1. Respon dan dukungan keluarga dan sesama

Ibu sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologis. Dengan respon positif dari lingkungan sekitar akan mempercepat proses adaptasi.

2. Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal ini dialami seorang ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia akhirnya menjadi tau bahwa begitu beratnya ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa.

3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu

Kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya sangat besar.

#### 4. Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati masa transisi ini (Sulistyawati, 2009:95).

#### 5. Kebutuhan dasar ibu nifas

##### 1. Nutrisi

Nutrisi atau Gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolisme. Kebutuhan gizi pada masa nifas sangat penting terutama bila menyusui akan meningkat 25%, berguna untuk proses penyembuhan luka setelah melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup bagi bayi. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh. Produksi ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunannya harus seimbang, porsinya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas dan berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin, serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang harus mengandung unsur-unsur sumber tenaga, pembangun, pengatur dan pelindung (Sulistyawati, 2009:95-97).

Tabel 2.6  
Kebutuhan dasar ibu nifas

Nutrisi	Kebutuhan
Energi	2500 kalori
Protein	64 gram
Vitamin A	6000 IU
Vitamin D	400 IU
Vitamin E	16 IU
Vitamin K	100 mg
Tiamin (B <sub>1</sub> )	1,6 mg
Riboflavin (B <sub>2</sub> )	1,7 mg
Niasin	18 mg
Vitamin B <sub>6</sub>	2,5 mg
Folasin	0,5 mg
Biotin	0,3 mg
Vitamin B <sub>12</sub>	4,0 mg
Asam Pantotenat	4-7 mg

Sumber: (Rismawanti et all, 2012:57).

Pada asuhan masa nifas yang berhubungan dengan nutrisi, ibu nifas mempunyai kebutuhan dasar yaitu minum vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Akbarani et all, 2015:33). Vitamin A adalah suatu vitamin yang berfungsi dalam sistem penglihatan, fungsi pembentukan kekebalan dan fungsi reproduksi. Vitamin A perlu diberikan dan penting bagi ibu selama dalam masa nifas. Pemberian kapsul vitamin A bagi ibu nifas dapat menaikkan jumlah kandungan vitamin A dalam ASI, sehingga meningkatkan status vitamin A pada bayi yang disusui (Depkes RI, 2007).

## 2. Ambulasi dini

Menurut Hidayat (2006), mobilisasi ibu nifas merupakan suatu kemampuan ibu nifas dalam beberapa jam setelah

melahirkan untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya (Susilowati, 2015:29).

Menurut Sulistyawati (2009:98), ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan.

Keuntungannya yaitu :

- 1) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat
- 2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik.
- 3) Memungkinkan bidan untuk memberikan bimbingan kepada ibu mengenai cara merawat bayinya.

Ambulasi dini dilakukan secara perlahan namun meningkat secara berangsur-angsur, mulai dari jalan-jalan ringan dari jam ke jam sampai hitungan hari hingga pasien dapat melakukannya sendiri tanpa pendamping sehingga tujuan memandirikan pasien dapat terpenuhi (Gustina, 2013:70).

### 3. Eliminasi (BAK dan BAB)

Setelah ibu melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih bila BAK. Keadaan ini memungkinkan disebabkan oleh iritasi pada uretra. Sebagai akibat persalinan sehingga ibu takut BAK. Bila kandung kemih penuh maka harus diusahakan agar penderita dapat buang air kecil, sehingga tidak menyebabkan kandung kemih penuh dan tidak

memerlukan penyandapan, karena penyandapan bagaimanapun kecilnya akan membawa bahaya infeksi. Biasanya dalam 6 jam pertama post partum , pasien sudah dapat buang air kecil. Semakin lama urine ditahan maka dapat mengakibatkan infeksi. Segera buang air kecil setelah melahirkan dapat mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi post partum. Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu postpartum:

- 1) Berkurangnya tekanan intra abdominal
- 2) Otot-otot perut masih lemah
- 3) Edema pada uretra
- 4) Dinding kandung kemih kurang sensitif (Ambarwati, 2009:116).

#### **2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir**

##### **I. Definisi Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Dep. Kes. RI, 2007).

Menurut Saifuddin, (2002), bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (Puspita, 2013:44-45).

Menurut Hasan (2004), bayi baru lahir normal adalah suatu konsepsi yang baru lahir dari rahim wanita melalui jalan normal atau dengan bantuan alat tertentu sampai umur satu bulan (Istiyani, 2013:60).

## II. Fisiologis bayi baru lahir

### 1. Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah sebagai berikut:

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- 2) Berat badan 2500-4000 gram.
- 3) Panjang badan 48 -52 cm.
- 4) Lingkar dada 30-38 cm.
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm.
- 6) Lingkar lengan 11-12cm.
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit.
- 8) Pernapasan  $\pm$  40-60 x/menit (Dewi, 2011:17)
- 9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- 10) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 11) Kuku agak panjang dan lemas.
- 12) Apgar  $>7$ .
- 13) Gerak aktif.
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat (Istiyani, 2013:61).

### 2. Proses bayi baru lahir

#### 1) Periode transisi

Pada saat lahir, bayi baru lahir akan mengalami masa yang paling dinamis dari seluruh siklus kehidupan. Bayi mengalami suatu proses perubahan dikenal sebagai periode transisi yaitu

periode yang dimulai ketika bayi keluar dari tubuh ibu harus beradaptasi dari keadaan yang sangat bergantung menjadi mandiri secara fisiologis, selama beberapa minggu untuk sistem organ tertentu. Adaptasi ini merupakan suatu penyesuaian bayi baru lahir dari dalam uterus ke luar uterus, prosesnya disebut periode transisi atau masa transisi. Secara keseluruhan, adaptasi diluar uterus merupakan proses berkesinambungan yang terjadi pada bayi baru lahir (Setyorini, et all 2015:28-30).

### 3. Perubahan fisiologis bayi baru lahir

Menurut Gorrie *et all*, (1998), setelah lahir neonatus (BBL) harus bisa melakukan perubahan fisiologis yang sangat besar untuk beradaptasi dengan kehidupan baru. Bayi harus berupaya agar fungsi-fungsi tubuhnya menjadi efektif sebagai individu yang unik. Respirasi, pencernaan dan kebutuhan untuk regulasi harus bisa dilakukan sendiri (Ibrahim, 2006:14).

#### 1) Adaptasi fisiologi BBL di luar uterus

Menurut Sumarah (2009), adaptasi fisiologi BBL sangat berguna bagi bayi untuk menjaga kelangsungan hidupnya diluar uterus. Karena nantinya bayi harus dapat melakukan sendiri segala kegiatan untuk mempertahankan kehidupannya. Hal yang sangat perlu diperhatikan adalah bagaimana upaya untuk menjaga agar bayi tetap terjaga kahangatannya. Yang utama adalah menjaga bayi agar tetap hangat, mampu melakukan

pernafasan dengan spontan dan bayi menyusu sendiri pada ibunya (Wahyuningrum, 2012:49).

## 2) Sistem gastrointestinal

Saat lahir kapasitas lambung BBL sekitar 6 ml/kg BB, atau rata-rata sekitar 50-60 cc, tetapi segera bertambah sampai sekitar 90 ml selama beberapa hari pertama kehidupan (Olds *et all*, 1980).

Lambung akan kosong dalam 3 jam untuk pemasukan makanan dan kosong sempurna dalam 2 sampai 4 jam (Gorrie *et all*, 1998). Spingter cardiac antara esophagus dan lambung pada neonatus masih immatur mengalami relaksasi sehingga dapat menyebabkan regurgitasi makanan segera setelah diberikan (Gorrie *et all*, 1998). Regurgitasi juga dapat terjadi karena kontrol persarafan pada lambung belum sempurna (Olds *et all*, 1980) (Ibrahim, 2006:49-50).

Menurut Gorrie (1998), BBL mempunyai usus yang lebih panjang dalam ukurannya terhadap besar bayi dan jika dibandingkan dengan orang dewasa. Keadaan ini menyebabkan area permukaan untuk absorpsi lebih luas (Ibrahim, 2006).

## 3) Sistem pernafasan

Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Organ yang bertanggung jawab untuk oksigensi janin sebelum bayi lahir

adalah plsentia. Selama masa kehamilan bayi mengalami banyak perkembangan yang menyediakan infrastruktur untuk mulainya proses pernapasan. Pada saat bayi lahir, dinding alveoli disatukan oleh tegangan permukaan cairan kental yang melapisinya dan biasanya mampu menimbulkan tekanan negatif sebesar 50 mmHg dalam ruang intrapleura. Pada bayi baru lahir, kekuatan otot-otot pernapasan dan kemampuan diafragma untuk bergerak, secara langsung mempengaruhi kekuatan setiap inspirasi dan ekspirasi. Bayi yang baru lahir yang sehat mengatur sendiri usaha bernapas sehingga mencapai keseimbangan yang tepat antar-oksigen, karbon dioksida, dan kapasitas residu fungsional (Kumalasari, 2013:88).

#### 4) Sistem sirkulasi darah

Setelah lahir darah BBL harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik, kehidupan diluar rahim harus terjadi 2 perubahan besar :

- (1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
- (2) Perubahan duktus arteriosus antara paru-paru dan aorta

(Fadhilah, 2009:50-54).

Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh. Oksigen menyebabkan sistem

pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi /meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah (Fadhilah, 2009). Dua peristiwa yang merubah tekanan dalam system pembuluh darah:

- (1) Pada saat tali pusat dipotong resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun, tekanan atrium menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan itu sendiri. Kedua kejadian ini membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru-paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
- (2) Pernafasan pertama menurunkan resistensi pada pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan pada atrium kanan oksigen pada pernafasan ini menimbulkan relaksasi dan terbukanya system pembuluh darah paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan dengan peningkatan tekanan atrium kanan ini dan penurunan pada atrium kiri, toramen kanan ini dan penusuran pada atrium kiri, foramen ovali secara fungsional akan menutup.

Vena umbilikus, duktus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa

menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem. Penutupan anatomi jaringan fibrosa berlangsung 2-3 bulan (Fadhilah, 2009:54).

#### 5) Saluran pencernaan

Kemampuan bayi untuk mencerna, menyerap dan metabolisme bahan makanan sudah adekuat tetapi terbatas pada fungsi-fungsi tertentu. Terdapat enzim untuk mengkatalisasi protein dan karbohidrat sederhana (Monosakarida dan Disakarida) tetapi untuk karbohidrat kompleks yang belum terdapat (Endriyani, 2013:57).

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 (Marmi, 2014:87).

#### 6) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney *et al* 2007:102-105).

(1) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012:90).

(2) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Ketika pipi atau sudut mulut bayi disentuh, bayi akan menoleh ke arah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012:90).

(3) Refleks menghisap (*suckling 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 (Marmi, 2012:90).

(4) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Wiknjosastro, 2008).

(5) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:92).

(6) Refleksi terkejut (*morro reflex*)

Ketika bayi kaget akan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstermitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi. Refleksi ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya (Marmi, 2012:92).

(7) Refleksi menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012:92).

(8) Refleksi babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012:94).

(9) Refleksi *galanf's*

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4–8 minggu pertama.

Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008:98).

(10) Refleks ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012:100).

(11) Refleks melangkah (*stepping reflex*)

Bayi akan menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012:102).

(12) Refleks merangkak (*crawling reflex*)

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012:102).

### 3. Pemeriksaan Fisik pada saat Bayi Lahir

Pemeriksaan pertama pada bayi baru lahir harus dilakukan di kamar bersalin. Perlu mengetahui riwayat keluarga, riwayat kehamilan sekarang dan sebelumnya dan riwayat persalinan. Pemeriksaan dilakukan bayi dalam keadaan telanjang dan dibawah lampu yang terang. Tangan serta alat yang

digunakan harus bersih dan hangat. **Tujuan pemeriksaan ini adalah :**

- (1) Menilai gangguan adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus ke luar uterus yang memerlukan resusitasi.
- (2) Untuk menemukan kelainan seperti cacat bawaan yang perlu tindakan segera.
- (3) Menentukan apakah bayi baru lahir dapat dirawat bersama ibu (rawat gabung) atau tempat perawatan khusus.

#### 4. Apgar skor

Tabel 2.7  
Penilaian apgar skor

Fisik	Nilai skor		
	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	Kurang dari 100/menit	Lebih dari 100/menit
Upaya respirasi	Tidak ada	Nafas lambat dan tidak teratur	Baik, menangis
Tonus otot	Lemah	Fleksi	Normal dengan gerakan
Respons terhadap stimulasi	Tidak ada respon	Wajah menyeringai	Respons baik dengan menangis
Warna tubuh	Putih	Biru	Merah muda

Sumber: (Liu, 2008:31).

#### 5. Kebutuhan Neonatus

##### a. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Secara

umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari ( Marmi, 2012:102).

Tabel 2.8  
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonates

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

Sumber: (Saifuddin, 2009:136)

b. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2014). Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser, 2009). Urine pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Fraser, 2009:26).

c. Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit

per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2007:103).

d. Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urine dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2007:103).

e. Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifudin, 2006). Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007:104).

f. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2010:98). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Fraser, 2009:27).

5. Tanda-tanda bahaya bayi baru lahir

Menurut bidan :

- 1) Kulit berwarna biru atau kuning
- 2) Bayi tidak menangis spontan
- 3) Bayi kejang (Putra, 2008:112).
- 4) Isapan lemah ( tidak mau mengisap )
- 5) Mengantuk berlebihan ( banyak muntah )
- 6) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- 7) Infeksi ( suhu meningkat, pernafasan sulit )
- 8) Feses/kemih ( tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, kering, hijau tua, ada lendir atau darah )
- 9) Aktivitas : menggigil ( tangis tidak biala, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang,

kejang halus, tidak tenang, menangis terus menerus ) ( Deslidel, dkk. 2011:98)

## 6. Penyuluhan sebelum Bayi Baru Lahir Pulang

Materi mengajarkan pada orang tua cara merawat bayi, meliputi :

### 1). Pemberian nutrisi

- a) Berikan asi seserig keinginan bayi atau kebutuhan ibu (jika payudara ibu penuh)
- b) Frekuensi menyusui setiap 2-3 jam
- c) Pastikan bayi mendapat cukup colostrum selama 24 jam.
- d) Colostrum memberikan zat perlindungan terhadap infeksi dan membantu pengeluaran mekonium.
- e) Berikan ASI saja sampai umur 6 bulan

### 2). Mempertahankan kehangatan tubuh bayi

- a) Suhu ruangan setidaknya 18 - 21°C
- b) Jika bayi kedinginan, harus didekap erat ke tubuh ibu
- c) Jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur (misalnya botol berisi air panas)

### 3) Mencegah infeksi

- a. Cuci tangan sebelum memegang bayi dan setelah menggunakan toilet untuk BAK/BAB
- b. Jaga tali pusat bayi dalam keadaan bersih, selalu dan letakkan popok di bawah talipusat. Jika tali pusat kotor cuci dengan air bersih dan sabun. Laporkan segera ke bidan jika

timbul perdarahan, pembengkakan, keluar cairan, tampak merah atau bau busuk.

- c. Ibu menjaga kebersihan bayi dan dirinya terutama payudara dengan mandi sehari-hari
- d. Muka, pantat, dan tali pusat dibersihkan dengan air bersih, hangat, dan sabun setiap hari.
- e. Jaga bayi dari orang-orang yang menderita infeksi dan pastikan setiap orang yang memegang bayi selalu cuci tangan terlebih dahulu

4). ASI adalah makanan yang terbaik bagi bayi. ASI memang terbukti paling unggul dan merupakan makanan terbaik bagi bayi. Cara menyusui yang benar dapat dilakukan dengan cara-cara berikut :

- a) Letakkan wajah bayi menghadap ke payudara ibu dengan cara menyangga kepala bayi dengan satu tangan. Posisi ini akan membuat kepala bayi lebih tinggi daripada dada dan perutnya (seperti posisi setengah duduk).
- b) Dekaplah bayi dengan lembut sehingga perutnya akan bersentuhan dengan perut ibu. Dengan tangan ibu yang lain, sanggallah payudara agar mudah dicapai oleh mulut bayi. Pastikan puting payudara dan bagian sekitar areola (bagian berwarna hitam yang mengelilingi puting payudara Anda) masuk ke dalam mulut bayi. Biarkan ia mengisap sampai

kenyang dan penting pula, biasakan ia mengisap dari kedua payudara Anda.

- 5). Bayi tampak kuning pada minggu pertama masih dianggap normal
- 6). Bayi yang kuning tidak perlu dijemur dibawah sinar matahari
- 7). Tali pusat butuh perawatan yang tepat
- 8). Cara bijak memandikan bayi
- 9). Pemakaian gurita atau bedong pada bayi tidak dianjurkan
- 10). Makanan tambahan selain ASI tidak dianjurkan diberikan sebelum usia 6 bulan
- 11). Tanda-tanda bahaya bayi yang perlu DIKETAHUI :
  - a. Pernafasan sulit/  $> 60x/\text{menit}$
  - b. Suhu  $> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$  atau  $< 36,5\text{ }^{\circ}\text{C}$
  - c. Warna kulit biru/pucat
  - d. Hisapan lemah, mengantuk berlebihan, rewel, banyak muntah, tinja lembek, sering warna hijau tua, ada lendir darah
  - e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk
  - f. Tidak berkemih dalam 3 hari, 24 jam
  - g. Mengigil, tangis yang tidak biasa, rewel, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang
- 12). Jangan lupa berikan imunisasi untuk bayi

## 2.1.5 Konsep Dasar Keluarga berencana

### I. Definisi Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional yang bertujuan ganda yaitu mewujudkan pembangunan yang berwawasan kependudukan dan mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera (Ariska *et all*, 2013:57-58).

Menurut Sulistyawati (2014), keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, menentukan jumlah anak dalam keluarga (Hidayati, 2016:66-67).

Menurut WHO (1970), KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval di antara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami-isteri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Indira, 2009:90).

Menurut Saifudin (2004), program KB tidak hanya bertujuan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk, melainkan juga untuk meningkatkan kualitas keluarga maupun individu-individu didalamnya sehingga dapat tercipta keluarga yang memiliki jumlah anak ideal, sehat, sejahtera, berpendidikan tinggi, serta terpenuhinya hak-hak reproduksinya (Zannah *et all*, 2011:129).

KB (Keluarga Berencana) menurut Manuaba (1998), adalah upaya untuk meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga, untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas bahagia sejahtera (Handayani, 2014:98).

Kontasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Mulyani dkk, 2013:69).

Menurut Sastrawinata (2000), kontrasepsi adalah alat untuk mencegah kehamilan setelah berhubungan intim. Alat ini atau cara ini sifat tidak permanen dan memungkinkan pasangan untuk mendapatkan anak apabila diinginkan (Widari, 2013:79).

Keluarga berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Sujiyatini dkk, 2009:93-94).

Program Keluarga Berencana (KB) yang diwujudkan pada penggunaan kontrasepsi juga memiliki manfaat yang bersifat langsung atau tidak langsung bagi kesehatan ibu, bayi dan anak, kesehatan dan kehidupan reproduksi dan seksual keluarga, dan kesejahteraan serta ketahanan keluarga (Sari *et all*, 2010:130-133).

## II. Fisiologis keluarga berencana

### 1. Ciri dan syarat kontrasepsi yang diperlukan dan harus dipenuhi

#### 1) Ciri kontrasepsi:

- (1) Efektifitasnya cukup tinggi
- (2) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi.
- (3) Dapat dipakai 2-4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan
- (4) Tidak menghambat ASI (Air Susu Ibu), karena ASI adalah makanan terbaik untuk bayi sampai umur 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak (Elmeida dkk, 2014:79)

#### 2) Syarat yang harus dipenuhi

- (1) Aman atau tidak berbahaya
- (2) Dapat diandalkan
- (3) Sederhana, sedapatnya tidak perlu dilakukan oleh dokter
- (4) Murah
- (5) Dapat diterima oleh orang banyak
- (6) Pemakaian jangka panjang atau lama (continuation rate tinggi) (Elmeida dkk, 2014:79).

### 2. Macam-macam alat kontrasepsi :

#### a. Kontrasepsi Alamiah

Dalam menggunakan kontrasepsi alamiah. Dianjurkan untuk tidak menggunakan salah satu metode, tetapi dengan mengkombinasikan keduanya.

#### 1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

(Hidayati, 2012:1-8).

##### a) Definisi

Metode Amenore Laktasi (MAL) merupakan alat kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI). Metode Amenore Laktasi dapat dijadikan sebagai alat kontrasepsi bila memenuhi syarat berikut.

- (1) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*).
- (2) Belum menstruasi.
- (3) Usia bayi kurang dari 6 bulan.
- (4) Metode ini efektif sampai 6 bulan.
- (5) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

Penggunaan MAL bagi ibu-ibu postpartum sebagai metode kontrasepsi dapat diandalkan sepanjang ibu tidak mengalami ovulasi. Hanya saja yang menjadi persoalannya adalah menentukan kapan ovulasi akan kembali. Kebanyakan (tetapi tidak semua ) ibu-ibu yang sedang menyusui tidak akan mengalami ovulasi untuk 4-24 minggu setelah melahirkan, sedangkan ibu-

ibu yang tidak menyusui ovulasi lebih dini, yaitu 1-2 bulan setelah melahirkan.

b) Cara kerja

Konsentrasi prolaktin meningkat sebagai respons terhadap stimulus pengisapan 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. Kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitif terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar estrogen yang rendah dan an-ovulasi. Bahkan pada saat aktivitas ovarium mulai pulih kembali, kadar prolaktin yang tinggi menyebabkan fase luteal yang singkat dan fertilitas menurun. Jadi, intinya cara kerja Metode Amenore Laktasi (MAL) ini adalah dengan *penundaan atau penekanan ovulasi*.

c) Keuntungan

- (1) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pascapersalinan).
- (2) Segera efektif

- (3) Tidak mengganggu senggama.
- (4) Tidak ada efek samping secara sistemik.
- (5) Tidak perlu pengawasan medis.
- (6) Tidak perlu obat atau alat.
- (7) Tanpa biaya.

d) Keterbatasan

- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- (2) Mungkin sulit hanya sampai kembalinya menstruasi atau sampai dengan 6 bulan. Hanya wanita amenore yang memberikan ASI secara eksklusif dengan interval teratur, termasuk pada waktu malam hari, yang selama 6 bulan pertama mendapatkan perlindungan kontraseptif sama dengan perlindungan yang diberikan oleh kontrasepsi oral. Dengan munculnya menstruasi atau setelah 6 bulan, risiko ovulasi meningkat.
- (3) Tidak melindungi terhadap infeksi menular seksual (IMS) termasuk HbV dan HIV.

e) Indikasi

- (1) Ibu yang sudah menyusui secara eksklusif dan bayinya berusia kurang dari 6 bulan.
- (2) Belum mendapat menstruasi setelah melahirkan.

(3) Kita dapat mendorong ibu untuk memilih metode lain dengan tetap menganjurkan untuk melanjutkan ASI, saat terjadi keadaan-keadaan seperti :

1. Bayi mulai diberikan makanan pendamping secara teratur (menggantikan satu kali menyusui),
2. Menstruasi sudah mulai kembali,
3. Bayi sudah tidak terlalu sering menyusui (*on demand*),
4. Bayi sudah berusia 6 bulan atau lebih.

f) Kontra indikasi

- (1) Sudah mendapat menstruasi setelah persalinan.
- (2) Tidak menyusui secara eksklusif.
- (3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
- (4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

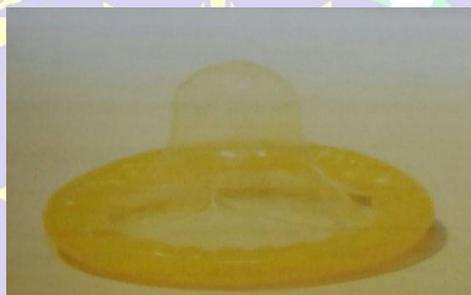
2) Kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang bisa melindungi pemakainya dari penyakit menular seksual (misalnya AIDS) dan dapat mencegah perubahan *prekanker* tertentu pada sel-sel leher rahim. Ada kondom yang ujungnya memiliki penampung semen, jika tidak ada penampung semen sebaiknya kondom disisakan sekitar 1 cm didepan penis. Kondom harus dilepaskan secara perlahan karena jika semen

sumpah maka sperma bisa masuk ke vagina sehingga terjadi kehamilan.

Untuk menambah efektivitas pemakaian kondom bisa ditambahkan *spermisida* (biasanya terkandung di dalam pelumas kondom atau dimasukkan secara terpisah ke dalam vagina).

Kondom wanita merupakan alat kontrasepsi penghalang yang dipasang di vagina dengan bantuan sebuah cincin. (Sukarni K, I 2013:369)



Gambar 2.11

Kondom

Sumber : <https://www.google.co.id/kontrasepsi+kondom.com>

#### a) Kelebihan

Kondom mudah digunakan dan efektif. Keefektifan kondom mencapai 85 persen. Kondom tidak permanen dan dapat dilepas setelah hubungan seksual. Kondom juga mengurangi risiko penularan penyakit menular seksual, atau PMS. Kondom membentuk penghalang antara kontak

kelamin dan sekresi. Herpes, Human Papilloma Virus dan penyakit lainnya. Penularan HIV berkurang 85 persen ketika kondom digunakan dengan benar. Kondom mudah tersedia dapat dibeli di sebagian besar obat dan apotek toko tanpa resep. Kondom juga hadir dalam berbagai ukuran, gaya dan warna.

#### **b) Kekurangan**



Kondom dapat robek atau terlepas saat digunakan. Terkadang pasangan mungkin tidak menyadari kondom telah robek saat berhubungan seks. Keteledoran pengguna seperti ini masih bisa tetap terjadi dan mengakibatkan kehamilan atau tertularnya penyakit kelamin. Kondom juga dapat menyebabkan alergi pada mereka yang alergi terhadap lateks. Beberapa orang mungkin mengeluh kondom mengganggu aktifitas seksual. Baik pria maupun wanita mengklaim penggunaan kondom menurunkan sensitivitas selama hubungan seksual. Waktu untuk memakai kondom juga dapat mengganggu foreplay dan hubungan seksual.

Kebanyakan pasangan yang akan melakukan hubungan seksual memang sudah setuju untuk menggunakan kondom. Namun lain halnya untuk mereka yang menggunakan kondom tanpa mendapat persetujuan dari salah satu

pasangan, ini akan mempengaruhi spontanitas yang ada. Umumnya semua kondom memiliki pelumas berbasis air untuk mencegah rasa sakit ketika digunakan. Meskipun begitu, penggunaan kondom tetap saja menimbulkan rasa sakit dan tidak nyaman ketika sedang melakukan hubungan seks. (Mulyani dkk, 2013:99).

#### **b. Kontrasepsi Mekanis (AKDR/IUD)**

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

AKDR atau IUD atau spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Handayani, 2010).

AKDR atau IUD adalah suatu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan, dan masa aktif fungsi kontrasepsinya), diletakkan dalam kavum uteri sebagai usaha kontrasepsi, menghalangi fertilisasi, dan menyulitkan telur berimplantasi dalam uterus (Hidayati, 2009)

AKDR atau spiral adalah suatu alat yang dimasukkan ke dalam rahim wanita untuk tujuan kontrasepsi (Mochtar, 2012)

##### **2) Jenis AKDR atau IUD**

###### **a) AKDR Nonhormonal**

Pada saat ini AKDR telah memasuki generasi keempat. Oleh karena itu, berpuluh-puluh macam AKDR telah dikembangkan. Mulai dari generasi pertama yang terbuat dari benang sutra logam sampai generasi plastik (polietilen) baik yang ditambah obat atau tidak.

**Menurut bentuknya AKDR dibagi menjadi dua :**

- (1) Bentuk terbuka (*open device*). Misalnya Lippes Loop, Cu-T, Cu-7, Marguiles, Spring Coil, Multiload, Nova-T.
- (2) Bentuk tertutup (*closed device*). Misalnya Ota-Ring, Antigon, dan Graten Berg Ring.

**Menurut tambahan obat atau metal**

- (1) *Medicated IUD*. Misalnya Cu-T 200 (daya kerja tiga tahun), Cu-T 220 (daya kerja tiga tahun), Cu-T 300 (daya kerja tiga tahun), Cu-T 380 (daya kerja delapan tahun), Cu-7 (daya kerja lima tahun), ML-Cu 375 (daya kerja tiga tahun). Pada jenis Medicated IUD angka tertera dibelakang IUD menunjukkan luasnya kawat halus tembaga yang ditambahkan, misalnya Cu-T 220 berarti tembaga adalah 220 mm<sup>2</sup>. Cara insersi *withdrawal*.
- (2) *Unmedicated IUD*. Misalnya Lippes Loop, Marguiles, Saf-T Coil, Antigon. Cara insersi Lippes Loop *push*

*out.* IUD yang banyak dipakai di Indonesia dewasa ini dari jenis Unmedicated yaitu Lippes Loop dan yang dari jenis medicated Cu-T, Cu-7, Multiload, dan Nova-T.

b) AKDR yang mengandung hormonal

(1) Progestasert – T = Alza T

Panjang 36 mm, lebar 32 mm, dengan dua lembar benang ekor warna hitam, mengandung 38 mg progesteron dan barium sulfat, melepaskan 65 µg progesteron setiap hari, tabung insersinya berbentuk lengkung daya kerja 18 bulan, teknik insersi *plunging (modified withdrawal)*.

(2) LNG-20

Mengandung 46-60 mg lenovorgestrel, dengan pelepasan 20 µg per hari, angka kegagalan/kehamilan angka terendah yaitu <0,5 per 100 wanita per tahun.

Pengehentian pemakaian karena persoalan-persoalan perdarahannya ternyata lebih tinggi dibandingkan IUD lainnya, karena 25% mengalami amenorea atau perdarahan haid yang sangat sedikit (Handayani, 2010).

c) Jenis-jenis IUD di Indonesia

1) Copper-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan *polyethelene* di mana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek antifertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik. IUD bentuk T yang baru. IUD ini melepaskan *lenovorgestrel* dengan konsentrasi yang rendah selama minimal lima tahun. Kerugian metode ini adalahn tambahan terjadinya efek samping hormonal dan amenorhea.

#### 2) Copper-7

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

#### 3) Multi Load

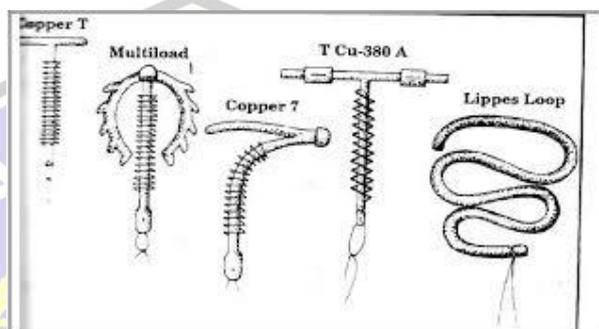
IUD ini terbuat dari plastik (*polyethelene*) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel.

Ada 3 ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil), dan mini.

#### 4) Lippes Loop

IUD ini terbuat dari bahan *polyethelene*, bentuknya seperti spiral atau S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya. Lippes Loop mempunyai angka kegagalan rendah. Keuntungan lain

dari pemakaian spiral jenis ini ialah bila terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik. (Sukarni K. Dkk, 2013. . hal 371-372).



Gambar 3; Jenis alat Kontrasepsi AKDR

Gambar 2.12

Jenis alat kontrasepsi AKDR

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

### 3) Mekanisme Kerja

- a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii
- b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- c) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi. (Sukarni K. Dkk, 2013. hal 372)

#### 4) Efektivitas

Efektivitas dari macam-macam IUD bergantung pada beberapa hal berikut.

a) IUD-nya : bentuk, ukuran, dan mengandung CU atau progesteron.

b) Akseptor

(1) Umur : makin tua usia, makin rendah angka kehamilan, makin rendah angka ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD.

(2) Paritas : makin muda usia, terutama pada nuligravida, makin tinggi angka ekspulsi dan pengangkatan/pengeluaran IUD.

(3) Frekuensi sanggama.

c) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pertama (satu kegagalan dalam 125-170 kehamilan).

(Handayani, 2010).

#### 5) Keuntungan

a) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.

b) Metode jangka panjang (sepuluh tahun proteksi dari CuT-308 A dan tidak perlu diganti).

c) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.

d) Tidak memengaruhi hubungan seksual.

- e) Meningkatkan kenyamanan seksual, karena tidak perlu takut hamil lagi.
  - f) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
  - g) Tidak mempengaruhi kualitas ASI.
  - h) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak ada infeksi).
  - i) Dapat digunakan sampai menopause (satu tahun atau lebih setelah haid terakhir).
  - j) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
  - k) Membantu mencegah kehamilan ektopik. (Handayani, 2010).
- 6) Kerugian
- a) Efek samping yang umum terjadi yaitu sebagai berikut.
    - (1) Perubahan siklus haid (umumnya pada tiga bulan pertama dan akan berkurang setelah tiga bulan).
    - (2) Haid lebih lama dan banyak.
    - (3) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.
    - (4) Saat haid lebih sakit (dismenore).
  - b) Komplikasi lain sebagai berikut.
    - (1) Merasakan sakit dan kejang selama tiga sampai lima hari setelah pemasangan.

(2) Perdarahan hebat di waktu haid ataudi antaranya dapat memungkinkan penyebab anemia.

(3) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar).

c) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.

d) Tidak dapat digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.

e) Penyakit radang panggul dapat terjadi setelah wanita IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitasi.

f) Kien tidak dapat melepas AKDR sendiri. Petugas Kesehatan terlatih yang harus melepas AKDR.

g) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.

7) Indikasi

a) Usia reproduksi.

b) Keadaan nulipara.

c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.

d) Perempuan menyusui yang menginginkan kontrasepsi.

e) Setelah menyusui dan tidak ingin menyusui bayinya.

f) Setelah abortus dan tidak ada infeksi.

g) Perempuan dengan resiko rendah IMS.

h) Tidak menghendaki metode hormonal.

i) Tidak perlu mengingat-ingat minum pil setiap hari,

- j) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (Handayani, 2010).

AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan, misalnya sebagai berikut. (Hidayati, 2009).

- a) Perokok.
- b) Pascaabortus.
- c) Perempuan yang sedang memakai obat antibiotik dan anti kejang.
- d) Pasien obesitas/kurus.
- e) Penderita tumor jinak payudara.
- f) Penderita Ca payudara.
- g) Pusing-pusing atau nyeri kepala.
- h) Varises kaki dan vulva.
- i) Pernah menderita penyakit seperti stroke, DM, liver, dan empedu.
- j) Menderita hipertensi, jantung, malaria, skistomiasis (tanpa anemia).
- k) Pasca-KET
- l) Pasca pembedahan pelvis.

#### 8) Kontraindikasi

- a) Kontraindikasi Mutlak
- (1) Diketahui atau dicurigai hamil.
- (2) Alergi terhadap tembaga.

- (3) Memiliki IMS yang aktif atau baru terjadi dalam tiga bulan terakhir.
- (4) Perdarahan vaginal abnormal yang belum didiagnosis.
- (5) Rongga uterus mengalami distorsi hebat sehingga pemasangan atau penempatan sulit dilakukan, fibroid besar (Uliyah, 2010)

(6) Penyakit trofoblas ganas.

(7) TBC pelvis (Hidayati, 2009).

b) Kontraindikasi Relatif

(1) Usia pemakai yang masih muda dan sangat rawan terjangkit IMS, karena tingkat aktivitas seksual yang masih sangat tinggi.

(2) Memiliki banyak pasangan seksual.

(3) Menorargia dan anemia. (Uliyah, 2010).

(4) Kelainan uterus (mioma. Polip, jaringan parut bekas SC).

(5) Insufisiensi serviks.

(6) Tumor ovarium.

(7) Gonorea.

(8) Dismenore.

(9) Stenosis kanalis servikalis.

(10) TFU <6,5 (Indonesia <5 cm) (Hidayati, 2009)

### c. Kontrasepsi Hormonal

#### 1) Pil

Pil kontrasepsi mencakup pil kombinasi yang berisi hormone esterogen dan progesteron yang biasa oleh wanita disebut dengan “pil” sedangkan yang hanya berisi progestin biasa di sebut denga “pil mini”. Semua pil kontrasepsi ini disingkat dengan COC dan POP oleh tenaga kesehatan.

##### a) Pil kombinasi

##### (1) Pengertian

Pil kombinasi (combined oral contraceptive, COC) berisi hormone esterogen dan progesteron. Pil ini mencegah kehamilan dengan cara :

- (a) Menghambat ovulasi.
- (b) Membuat endometrium tidak mendukung untuk implantasi.
- (c) Membuat serviks tidak dapa ditembus oleh sperma.

Pada pemakaian yang seksama efektivitas 99% mencegah kehamilan, pada pemakaian yang kurang seksama efektivitasnya 93%. (Sukarni K, I 2013:376).



Gambar 2.13  
Pil Kombinasi

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

(2) Kerugian

- (a) Perlu diminum secara teratur, cermat, dan konsisten.
- (b) Tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual (PMS) danm HIV.
- (c) Peningkatan resiko gangguan sirkulasi seperti hipertensi, penyakit arteri dan tromboembolisme vana.
- (d) Peningkatan risiko adenoma hati, ikterus kolestasik, batu ginjal.
- (e) Efek COC pada kanker payudara.
- (f) Tidak cocok untuk perokok berusia diatas 35 tahun.

(Sukarni K, I 2013:376)

(3) Keuntungan

- (a) Dapat diandalkan dan reversible.
- (b) Meredakan dismenorea dan menoragi.

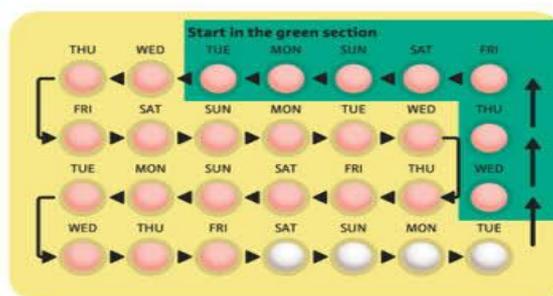
- (c) Mengurangi resiko anemia.
- (d) Mengurangi resiko penyakit payudara jinak.
- (e) Meredakan gejala pramenstruasi.
- (f) Kehamilan ektopik sedikit.
- (g) Menurunkan kista ovarium.
- (h) Penyakit radang panggul lebih sedikit.
- (i) Melindungi terhadap kanker endometrium dan ovarium. (Sukarni K, I 2013:377)

#### b) Pil mini

##### (1) Pengertian

Mini pil merupakan alat kontrasepsi oral yang kurang digunakan secara luas karena hanya mengandung progesteron saja dan tidak mengandung estrogen dan sedikit kurang efektif jika dibandingkan dengan pil kombinasi. Efektifitas mini pil bergantung pada kemampuan wanita minum satu pil setiap hari, mini pil yang terlupa lebih besar kemungkinannya menyebabkan kehamilan daripada pil kombinasi yang terlupa. Pemakai yang terlupa minum mini pil sampai 3 jam atau lebih harus menggunakan metode cadangan selama 7 hari. Pemakai mini pil memiliki resiko kehamilan ektopik yang lebih besar daripada pemakai kontrasepsi oral kombinasi, tetapi resiko ini

masih lebih rendah daripada resiko pada wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi. (Sukarni K, I 2013:377).



Gambar 2.14  
Pil Progestin

Sumber: [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/comos/1/18/Blausen\\_0585\\_KB\\_pil](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/comos/1/18/Blausen_0585_KB_pil).

(2) Kerugian

(a) Kurang efektif dalam mencegah kehamilan di bandingkan pil kombinasi.

(b) Karena tidak mengandung estrogen, mini pil menambah insidens dari perdarahan bercah (spotting), perdarahan menyeruapi haid, (breakthrough bleeding), variasi dalam panjang siklus haid, kadang-kadang amenorhe.

(c) Kurang efektif dalam mencegah kewhamilan ektopik.

(d) Lupa minum 1 atau 2 tablet mini pil, atau kegagalan dalam absorbs mini pil oleh sebab muntah atau

diare, sudah cukup untuk meniadakan proteksi kontraseptifnya. . (Sukarni K, I 2013:378)

(3) Keuntungan

(a) Dapat diberikan pada wanita yang menderita kadaan tromboembolik.

(b) Dapat di berikan pada wanita yang sedang menyusui.

(c) Cocok untuk wanita dengan keluhan efek samping yang disebabkan oleh eastrogen (sakit kepala, hipertensi, nyeri tungkai bawah, chloasma, BB bertambah dan mual). . (Sukarni K, I 2013:377)

(4) Mekanisme kerja

(a) Mencegah terjadinya ovulasi dari beberapa siklus.

Pencegahan ovulasi di sebabkan gangguan pada sekresi hormone LH oleh kelenjar hypophyse, sehingga tidak terjadi puncak mid siklus.

(b) Perubahan dalam motilitas tuba.

Transpotr ovum melalui saluran tuba mungkin dipercepat sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya fertilisasi.

(c) Perubahan lendir serviks, yang mengganggu motilitas atau daya hidup spermatozoa.

(d) Progesterin mencegah penipisan lendir serviks pada pertengahan siklus sehingga lendir serviks tetap kental dan sedikit, yang memungkinkan penetrasi spermatozoa.

(e) Perubahan dalam endometrium sehingga implantasi ovum yang telah di buahi tidak mungkin terjadi.

(f) Perubahan dalam fungsi corpus luteum.

Corpus luteum berfungsi abnormal dimana sekresi progesteron sangat sedikit sekali sehingga tidak dapat terjadi konsepsi normal dan implantasi. .

(Sukarni K, I 2013:378).

## 2) Suntik

### a) Suntikan Kombinasi

Menurut Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2010.

#### (1) Pengertian

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi LM. sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi LM. sebulan sekali.



Gambar 2.15  
Suntik Kombinasi

Sumber : [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen\\_0585\\_KB\\_pil.](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen_0585_KB_pil.)

(2) Cara Kerja

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

(3) Efektivitas

- (a) Sangat efektif (0,1 - 0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan.

(4) Yang Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.
- (c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi.
- (d) Menyusui ASI pascapersalinan > 6 bulan.

- (e) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- (f) Anemia.
- (g) Nyeri haid hebat.
- (h) Haid teratur.
- (i) Riwayat kehamilan ektopik.
- (j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

(5) Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi

- (a) Hamil atau diduga hamil.
- (b) Menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan.
- (c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (d) Penyakit hati akut (virus hepatitis).
- (e) Usia > 35 tahun yang merokok.
- (f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg).
- (g) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun.
- (h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.
- (i) Keganasan pada payudara.

## b) Kontrasepsi Progestin (Kontrasepsi Suntikan Progestin)

### (1) Profil

- (a) Sangat efektif.
- (b) Aman.
- (c) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
- (d) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan.
- (e) Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.



Gambar 2.16  
Suntik Progestin

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

### (2) Jenis

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

- (a) Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap

3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).

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

(3) Cara Kerja

(a) Mencegah ovulasi.

(b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.

(c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.

(d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(4) Yang Boleh Menggunakan Suntikan Progestin

(a) Usia reproduksi.

(b) Nulipara dan yang telah memiliki anak.

(c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.

(d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.

(e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.

(f) Setelah abortus atau keguguran.

(g) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.

- (h) Perokok.
  - (i) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
  - (j) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).
  - (k) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
  - (l) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
  - (m) Anemia defisiensi besi.
  - (n) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- (5) Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Progestin
- (a) Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).
  - (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
  - (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
  - (d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
  - (e) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

### 3) Alat Kontrasepsi Implan (AKBK)

#### a) Pengertian

Kontrasepsi implan adalah metode kontrasepsi yang diinersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung progesterin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, dan reversibel untuk wanita.

Implan merupakan salah satu jenis kontrasepsi dengan lama kerja 3 tahun. Terdiri atas 2 batang kapsul silastik, yang mengandung 75 mg Levonorgestrel. Lokasi pemasangan dibagian dalam lengan atas melalui suatu tindakan operasi kecil. Khasiat kontraseptif jenis implan ini timbul beberapa jam setelah insersi, sedangkan tingkat kesuburan atau fertilitas akan kembali segera setelah pencabutan implan. (Kumalasari, I, 2015:278).



Gambar 2.17  
Implan

Sumber : [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen\\_0585\\_KB\\_pil.](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen_0585_KB_pil.)

## b) Cara kerja

## (1) Lendir serviks menjadi kental

Kadar levonorgestrel yang konstan mempunyai efek nyata terhadap mukus serviks. Mukus tersebut menebal dan jumlahnya menurun, yang membentuk sawar untuk penetrasi sperma.

## (2) Menekan ovulasi

Levonorgestrel menyebabkan supresi terhadap lonjakan *Luteinizing Hormone* (LH), baik pada hipotalamus maupun hipofisis yang penting untuk ovulasi.

## (3) Mengurangi transportasi sperma

Perubahan lendir serviks menjadi lebih kental dan sedikit, sehingga menghambat pergerakan sperma.

## (4) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.

## (5) Lenovorgestrel menyebabkan supresi terhadap maturasi siklik endometrium yang diinduksi estradiol, dan akhirnya menyebabkan atrofi.

(Kumalasari, I, 2015:278)

## c) Jenis-jenis kontrasepsi implan

(1) *Norplant*

Terdiri atas 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan mg levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun. Pelepasan hormon setiap harinya berkisar antara 50-85 mcg pada tahun pertama penggunaan, kemudian menurun sampai 30-35 per hari untuk lima tahun berikutnya.

(2) *Implanon*

Terdiri atas satu batang putih lentur yang berisi progestin generasi ketiga, yang dimasukkan ke dalam inserter steril dan sekali pakai (*disposable*), dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, terdiri atas suatu inti *Ethylene Vinyl Acetate* (EVA) yang berisi 68 mg 3-keto-desogestrel, dan lama kerjanya 3 tahun. Pada permulaan kecepatan pelepasan hormonnya adalah 60 mcg per hari, yang perlahan-lahan turun menjadi 30 mcg per hari selama masa kerjanya.

(3) *jadena dan Indoplant*

Terdiri atas dua batang yang isinya dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

(4) *Uniplant*

Terdiri atas satu batang putih silastik dengan panjang 4 cm, yang mengandung 38 mg nomegestrel asetat dengan kecepatan pelepasan sebesar 100 µg per hari dan lama kerja satu tahun

(5) *Capronor*

Terdiri atas satu kapsul *biodegradable*. *Biodegradable* implan melepaskan progestin dari bahan pembawanya/pengangkut yang secara perlahan-lahan larut dalam jaringan tubuh.

(Kumalasari, I, 2015:279)

d) Waktu pemasangan

Waktu yang optimal untuk memasang implan *norplant* adalah :

- (1) Selama haid (dalam waktu 7 hari pertama siklus haid)
- (2) Pascapersalinan (3-4 minggu), bila tidak menyusukan bayinya
- (3) Pasca keguguran (segera atau dalam 7 hari pertama),  
atau

- (4) Ibu yang sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan sebelum 6 bulan pascapersalinan).

(Kumalasari, I, 2015:279)

## e) Indikasi

- (1) Usia reproduksi
- (2) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- (3) Ibu menyusui
- (4) Pasca keguguran/ abortus
- (5) Tidak menginginkan anak ladi, tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap (vasektomi/tubektomi)
- (6) Wanita dengan kontraindikasi hormon esterogen\
- (7) Sering lupa mengonsumsi pil. (Kumalasari, I, 2015:280)

## f) Kontraindikasi

- (1) Hamil / diduga hamil
- (2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- (3) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (4) Tidak dapat menerima perubahan pola menstruasi yang terjadi
- (5) Diabetes melitus
- (6) Penyakit jantung / darah tinggi
- (7) Varises. (Kumalasari, I, 2015:280)

g) Keuntungan

(1) Daya guna tinggi

Efektivitas penggunaan implan sangat mendekati efektivitas teoritis. Efektivitas 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan.

(2) Perlindungan jangka panjang.

Masa kerja paling pendek yaitu satu tahun dan jangka panjang sampai 5 tahun.

(3) Pengembalian kesuburan yang cepat.

Kadar levonorgestrel yang bersirkulasi menjadi terlalu rendah untuk dapat diukur dalam 48 jam setelah pengangkatan implan. Sebagian besar wanita memperoleh kembali siklus ovulatorik normalnya dalam bulan pertama setelah pengangkatan.

(4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.

Implan diinsersikan pada bagian subdermal di bagian dalam lengan atas.

(5) Bebas dari pengaruh estrogen.

Tidak mengandung hormon estrogen. Kontrasepsi implan mengandung hormon progestis dosis rendah. Wanita dengan kontraindikasi hormon estrogen, sangat tepat dalam penggunaan kontrasepsi implan.

(6) Tidak mengganggu kegiatan senggama.

Karena diinsersikan pada bagian subdermal di bagian dalam lengan atas.

(7) Tidak mengganggu ASI

Implan merupakan metode yang paling baik untuk wanita menyusui. Tidak ada efek terhadap kualitas dan kuantitas air susu ibu, dan bayinya tumbuh secara normal.

(8) Pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan.

(9) Dapat dicabut setiap saat.

(10) Mengurangi jumlah darah menstruasi, terjadi penurunan dalam jumlag rata-rata darah menstruasi yang hilang.

(11) Mengurangi/memperbaiki anemia.

Meskipun terjadi peningkatan dalam jumlah *spotting* dan hari perdarahan di atas pola menstruasi prapemasangan, konsentrasi hemoglobin para pengguna implan meningkat karena terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang hilang.

(Kumalasari, I, 2015:280-281)

h) Kerugian

Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola menstruasi berupa bercak darah (*spotting*),

hipermenorea, atau meningkatkan jumlah darah menstruasi, serta amenorea. Sejumlah perubahan pola menstruasi akan terjadi pada tahun pertama penggunaan, itu terjadi pada sekitar 80 % pengguna.

Selain itu juga menimbulkan keluhan-keluhan, seperti sebagai berikut.

(1) Nyeri kepala

Sebagian besar efek samping yang dialami oleh pengguna adalah nyeri kepala. Kira-kira 20% wanita menghentikan penggunaan karena nyeri kepala.

(2) Peningkatan berat badan

Wanita yang menggunakan implan lebih sering mengeluhkan peningkatan berat badan dibandingkan penurunan berat badan. Penilaian perubahan berat badan pada pengguna implan dikacaukan oleh perubahan olahraga, diet, dan penuaan. Walaupun peningkatan nafsu makan dapat dihubungkan dengan aktivitas androgenik levonorgestrel, kadar rendah implan agaknya tidak mempunyai dampak klinis apapun.

(3) Jerawat

Jerawat, dengan atau tanpa peningkatan produksi minyak, merupakan keluhan kulit yang paling umum

diantara pengguna implan. Jerawat disebabkan oleh aktivitas androgenik levonorgestrel yang menghasilkan suatu dampak langsung dan juga menyebabkan penurunan dalam kadar globulin pengikat hormon seks (*Sex Hormone Binding Globulin* [SHBG]), menyebabkan peningkatan kadar steroid bebas (baik levonorgestrel maupun testoteron).

(4) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (nervousness).

Pemasangan dan pengangkatan implan menjadi pengalaman baru bagi sebagian besar wanita. Sebagaimana dengan pengalaman baru manapun, wanita akan menghadapinya dengan berbagai derajat keprihatinan serta kecemasan. Walaupun ketakutan akan rasa nyeri saat pemasangan implan merupakan sumber utama banyak wanita, nyeri yang sebenarnya dialami tidak separah yang dibayangkan. Pada kenyataannya, sebagian besar pasien mampu menyaksikan dengan santai proses pemasangan atau pengangkatan implannya. Wanita harus diberitahu bahwa insisi yang di buat untuk prosedur tersebut kecil dan mudah sembuh, meninggalkan jaringan parut kecil

yang biasanya sukar dilihat karenalokasi dan ukurannya.

- (5) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.

Implan harus di pasang (diinsersikan) dan diangkat melalui prosedur pembedahan yng dilakukan oleh personel terlatih. Wanita tidak dapat memulai atau menghentikan metode tersebut tanpa bantuan klinis.

Insiden pengangkatan yang mengalami komplikasi adalah kira-kira 5%, suatu insiden yang dapat dikurangi paling baik dengan cara pelatihan yang baik dan pengalaman dalam melakukan pemasangan dan pencabutan implan.

- (6) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS

Implan tidak diketahui memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual seperti herpes, human papiloma virus, HIV AIDS, gonore, atau klamidia.

- (7) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi.

Dibutuhkan klinis terlatih dalam melakukan pengangkatan implan.

(8) Efektivitas menurun bila menggunakan obat-obat tuberkulosis (rifampisin) atau obat epilepsi (fenitoin dan barbiturat).

Obat-obatan ini sifatnya menginduksi enzim mikrosom hati. Pada kasus ini, penggunaan implan tidak dianjurkan karena cenderung meningkatkan risiko kehamilan akibat kadar levonorgestrel yang rendah dalam darah.

(9) Insiden kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi

Angka kehamilan ektopik selama menggunakan kontrasepsi implan adalah 0,28 per 1.000 wanita per tahun. Walaupun risiko terjadinya kehamilan ektopik selama menggunakan implan rendah, jika kehamilan memang terjadi, kehamilan ektopik harus dicurigai karena kira-kira 30% kehamilan pada saat menggunakan implan merupakan kehamilan ektopik.

(Kumalasari, I, 2015:281-283)

#### **d. Kontap (kontrasepsi mantap)**

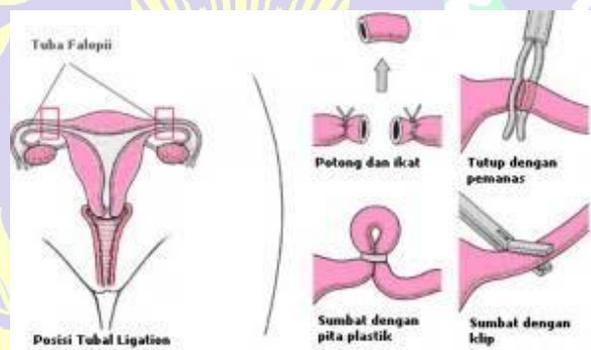
##### 1) Tubektomi

###### a) Definisi

Tubektomi adalah salah satu cara kontrasepsi dengan tindakan pembedahan yaitu memotong tuba fallopi/tuba uterine yang mengakibatkan orang atau pasangan yang

bersangkutan tidak akan memperoleh keturunan lagi dan bersifat permanen.

Metode kontrasepsi permanen yang hanya diperuntukkan bagi mereka yang memang tidak ingin atau tidak boleh memiliki anak (karena kesehatan). Disebut permanen karena metode kontrasepsi ini hampir tidak dapat dibatalkan (reversal) bila kemudian anda ingin punya anak lagi. Pembatalan masih mungkin dilakukan, tetapi membutuhkan operasi besar dan tidak selalu berhasil. (Sukarni K, I 2013:389).



Gambar 2.18  
Tubektomi

Sumber : [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/Blausen\\_0585\\_KB\\_pil.](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/18/Blausen_0585_KB_pil.)

#### b) Tujuan tubektomi

Para ahli kebidanan banyak merekomendasikan sterilisasi pada wanita yang beresiko tinggi untuk hamil dan melahirkan lagi. Namun, tidak pada mereka yang belum

berusia 35 tahun. Pengalaman menunjukkan banyak perempuan yang disterilkan lalu menyesali keputusannya.

c) macan sterilisasi berdasarkan tujuannya

- (1) Sterilisasi hukuman (copulsary sterilization).
- (2) Sterilisasi eugenik, yaitu mencegah berklembangnya kelainan mental secara turun temurun.
- (3) Sterilisasi medis, yaitu dilakukan berdasarkan indikasi medis demi keselamatan wanita tersebut karena kehamilan berikutnya dapat membahayakan jiwanya.
- (4) Sterilisasi sukarela, yaitu bertujuan ganda dari sudut kesehatan, sosial ekonomi, dan kependudukan.

(Sukarni K, I 2013:389-390)

d) Cara melakukan tubektomi

Ada beberapa cara melakukan teknik tubektomi atau sterilisasi. (Sukarni K, I 2013:390-392)

- (1) Dengan memotong saluran telur (tubektomi).

(a) Cara Pomeroy

Cari tuba lalu angkat pada pertengahannya sampai membentuk lengkungan. Bagian yang berada dibawah klem, diikat dengan benang yang dapat diserap oleh jaringan. Lakukan pemotongan (tubektomi) pada bagian atas ikatan, setelah luka

sembuh dan benang ikatan diserap, kedua ujung tuba akan berpisah satu dengan lainnya.

(b) Cara Kroener

Cari tuba lalu angkat pada fimbria dengan klem, buatlah dua ikatan, lakukan fimbriektomi pada ujung yang tidak diikat.

(c) Cara Madiener

Cari tuba, angkat pada pertengahannya dan klem, bagian bawah klem diikat dengan benang yang mudah diserap oleh jaringan, kemudian klem dilepas dan dibiarkan tanpa dilakukan pemotongan.

(d) Cara Aldridge

Buat insisi kecil pada peritonium, buka sedikit dengan klem tangkap fimbria, lalu tanamkan kedalam atau di bawah ligamentum. Luka dijahit dengan beberapa jahitan.

(e) Cara Uchida

Tuba dicari dan dikait keluar, kemudian sekitar ampula tuba disuntikkan larutan salin-adrenalin.

Didaerah ini dilakukan insisi kecil, tuba diikat kemudian dipotong (tubektomi).

## (f) Cara Irving

Tuba diikat pada dus tempat dengan benang yang dapat diserap, lalu dilakukan tubektomi diantara kedua ikatan. Dibuat insisi kecil kedalam miometrium pada sudut tuba fundus uteri. Ujung sebelah peoksimal dibenamkan kedalam insisi miometrium tadi. Ujung bagian distal boleh pula dibenamkan ke ligamentum latu.

## e) Indikasi

## (1) Indikasi medis umum

Apabila adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila wanita ini hamil lagi.

- (a) Gangguan fisik : tuberculosis, penyakit jantung, ginjal, kanker payudara, dan sebagainya.
- (b) Gangguan psikis : skizofrenia, dan lain sebagainya.

## (2) Indikasi medis obstetrik

Toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea berulang, abortus berulang dan sebagainya.

## (3) Indikasi medis ginekologik

Disaat melakukan operasi ginekologik dapat pula dipertimbangkan untuk sekaligus melakukan sterilisasi.

## (4) Indikasi sosial-ekonomi

Indikasi berdasarkan banyaknya anak dengan sosial-ekonomi yang rendah. (Sukarni K, I 2013:393)

## f) Kontraindikasi

(1) Hamil

(2) Perdarahan vagina yang belum terjelaskan

(3) Infeksi sistematik atau pelvik yang akut

(4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan

(5) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilisasi di masa depan

(6) Ibu dalam keadaan menstruasi dengan usia reproduksi

(7) Belum memberikan persetujuan tertulis. (Sukarni K, I 2013:394)

## g) Kelebihan

(1) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan).

(2) Tidak mempengaruhi proses menyusui.

(3) Tidak bergantung pada faktor senggama, baik bagi klien yang apabila kehamiln akan menjadi faktor risiko kesehatan yang serius.

(4) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal.

(5) Tidak ada efek samping jangka panjang.

- (6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).
- (7) Berkurangnya risiko kanker ovarium. (Sukarni K, I 2013:394)

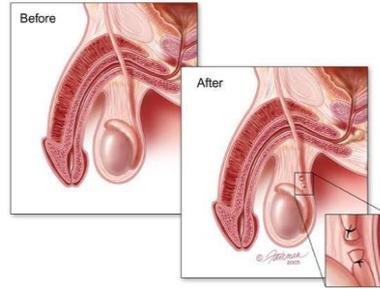
#### h) Kekurangan

- (1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali).
- (2) Klien dapat menyesal dikemudian hari.
- (3) Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum).
- (4) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (5) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau bedah untuk proses laparoskopi).
- (6) Tidak melindungi dari PMS, termasuk HIV/AIDS. (Sukarni K, I 2013:394).

#### 2) Vasektomi

##### a) Definisi

Vasektomi merupakan suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anestesi umum.



Gambar 2.19  
Vasektomi

Sumber : [https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen\\_0585\\_KB\\_pil](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commos/1/18/Blausen_0585_KB_pil).

b) Dasar dari vasektomi

Okulasi Vasdiferen, sehingga menghambat perjalanan spermatozoa dan tidak didapatkan spermatozoa di dalam semen/ejakulat (tidak ada penghantar spermatozoa dari testis ke penis). (Sukarni K, I 2013:396)

c) Keuntungan

- (1) Efektif.
- (2) Aman, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas.
- (3) Sederhana.
- (4) Cepat, hanya memerlukan waktu 5-10 menit.
- (5) Menyenangkan bagi aseptor karena memerlukan anestesi lokal saja.
- (6) Biaya rendah. (Sukarni K, I 2013:396)

d) Kerugian

- (1) Diperlukan tindakan operatif.

- (2) Kadang kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi .
- (3) Kontao-pria belum memberikan perlindungan tolat sampai semua spermatozoa, yang sudah ada didalam sistem reproduksi distal dari tempat okulasi vasdiferens, dikeluarkan.
- (4) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria. (Sukarni K, I 2013:397)

e) Kontraindikasi

- (1) Infeksi kulit lokal, misalnya scabies.
- (2) Infeksi traktus genetalia.
- (3) Kelainan skrotum dan sekitarnya.
- (4) Penyakit sistematik misalnya penyakit-penyakit perdarahan, DM.
- (5) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual yang tidak stabil. (Sukarni K, I 2013:397)

3. Faktor-faktor dalam memilih alat kontrasepsi

a. Faktor pasangan-motivasi dan rehabilitasi

- 1) Umur
- 2) Gaya hidup
- 3) Frekuensi senggama

- 4) Jumlah keluarga yang diinginkan
  - 5) Pengalaman dengan kontraseptivum yang lalu
  - 6) Sikap kewanitaan dan sikap kepriaan
- b. Faktor kesehatan-kontraindikasi absolute atau relatif
- 1) Status kesehatan
  - 2) Riwayat haid
  - 3) Riwayat keluarga
  - 4) Pemeriksaan fisik
  - 5) Pemeriksaan panggul
- c. Faktor metode kontrasepsi penerimaan dan pemakaian berkesinambungan
- 1) Efektifitas
  - 2) Efek samping minor
  - 3) Kerugian
  - 4) Komplikasi-komplikasi yang potensial
  - 5) Biaya (Elmeida, 2014:97).

## **2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan**

### **2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan**

#### **I. Pengkajian Data**

##### **a. Data subyektif**

##### **1) Biodata**

##### **a) Nama**

Untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011:162).

b) Umur

Ibu hamil usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat (antara usia 20 dan 30 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga memudahkan terjadi keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan, dan keracunan kehamilan atau gestosis (Manuaba, 2010:117). Usia dibawah 16 tahun meningkatkan insiden preeklamsia (Varney, 2008:98). Usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun wanita terhadap sejumlah rentan terhadap komplikasi persalinan, meliputi persalinan lama pada nulipara, seksio sesaria, kelahiran preterm (Varney, 2008:98).

c) Agama

Informasi mengenai agama dapat digunakan untuk menuntun diskusi tentang tradisi keagamaan dalam kehamilan dan persalinan. Tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin,

dan pada beberapa kasus penggunaan produk darah (Marmi, 2011:102).

d) Pendidikan

Tingkat pendidikan ibu hamil juga sangat berperan dalam kualitas perawatan bayinya. Informasi yang berhubungan dengan perawatan kehamilan sangat dibutuhkan, sehingga akan meningkatkan pengetahuannya. Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya tentang sesuatu. Ibu hamil dengan tingkat pendidikan rendah kadang ketika tidak mendapatkan cukup informasi mengenai kesehatannya maka ibu tidak tahu mengenai bagaimana cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011:124). Tingkat pendidikan yang rendah terutama berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh,2008:187).

e) Pekerjaan

Pekerjaan seperti pelukis, pemahat, pembuat keramik mengandung risiko karena materi yang digunakan dalam kegiatan seni dan kerajinan tangan dapat mengandung silikon, talek, pelarut dan logam berat (Marmi,2011:103). Bekerja di pabrik rokok dan

pencetakan ada pengaruh terhadap kehamilan (Romauli, 2011:124).

f) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan hamalnya dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2010:124). Tingkat sosial ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat sosial yang baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi pun akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas, selain itu ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayinya lahir (Marmi,2011:106).

2) Keluhan utama

Beberapa ketidaknyamanan umum pada ibu hamil trimester III antara lain sering buang air kecil (BAK), nyeri ulu hati, konstipasi, kram tungkai, edema dependen, dispareunia, insomnia, nyeri punggung bawah, sesak nafas, hemoroid, varises dan leukorea sehubungan dengan meningkatnya produksi kelenjar dan lendir endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen (Varney, 2007:538-543).

ketidaknyamanan pada ibu hamil trimester III, yaitu sakit kepala dan *striae gravidarum* (Marmi, 2011:120-121).

### 3) Riwayat kesehatan ibu

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Berikut ini adalah beberapa kondisi medis ibu yang mempengaruhi kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

#### a) Diabetes mellitus tergantung insulin (IDDM)

Pengaruh terhadap penyakit diabetes terhadap persalinan diantaranya gangguan kontraksi otot rahim yang menimbulkan persalinan lama atau terlantar, janin besar dan sering memerlukan tindakan operasi (Manuaba, 2010:213).

#### b) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai penyakit jantung selalu saling mempengaruhi karena kehamilan memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim.

Keluhan utama yang dikemukakan adalah cepat merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak nafas disertai kebiruan, edema tungkai atau terasa berat saat kehamilan muda (Marmi, 2011:122). Perubahan fisiologis normal pada masa hamil meningkatkan curah jantung wanita

hingga 40% melebihi curah jantungnya ketika tidak hamil saat ia berada pada keadaan istirahat. Peningkatan ini terjadi pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20-24 minggu. Peningkatan curah jantung selama kehamilan akan meningkatkan risiko dekomposisi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung. Wanita yang menderita penyakit jantung kelas I di awal kehamilan bisa berkembang menjadi kelas II bahkan III (Varney, 2007:544), Dalam pembatasan kehamilan dan kelahiran, penderita penyakit jantung sebaiknya menggunakan kontak. Pemakaian metode lainnya selalu memberikan gangguan terhadap kerja jantung (Manuaba, 2010:195).

c) Hipertensi esensial

Kehamilan dengan hipertensi esensial dapat berlangsung sampai aterm tanpa gejala menjadi preeklamsia tidak murni (Manuaba, 2010:195).

d) Asma

Dalam batas yang wajar, penyakit asma tidak banyak mempengaruhi kehamilan (Manuaba, 2010). Wanita yang memiliki riwayat asma berat sebelum hamil terbukti akan menjadi semakin buruk selama masa hamil (Varney, 2007:546).

## e) Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Bahaya anemeia selama kehamilan yaitu terjadi abortus, hambatan tumbuh kembang janin dan rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekomposisi kordis ( $Hb < 6gr\%$ ), molagidatidosa, hipermesis gravidarum, perdarahan antepartum (Manuaba, 2010).

Bahaya saat persalinan adalah gangguan his (kekuatan mengejan), kala I dapat berlangsung lama sehingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta, dan perdarahan postpartum karena atonia uteri, kala IV dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan atonia uteri (Manuaba, 2010:197).

## f) Torch

TORCH adalah istilah untuk menggambarkan gabungan dari empat jenis penyakit infeksi yaitu TOxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus dan Herpes. Keempat jenis penyakit infeksi ini, sama-sama berbahaya bagi janin bila infeksi diderita oleh ibu hamil. Kini, diagnosis untuk penyakit infeksi telah berkembang antar lain ke arah pemeriksaan secara imunologis.

## g) HIV/AIDS

HIV (Human Immunodeficiency Virus) termasuk dalam family retroviridae dan genus lentivirus. Infeksi HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah suatu infeksi virus yang secara progresif menghancurkan sel-sel darah putih dan menyebabkan AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome).

Stadium akhir dari infeksi HIV adalah AIDS. AIDS adalah suatu keadaan dimana penurunan sistem kekebalan tubuh yang didapat menyebabkan menurunnya kekebalan tubuh terhadap penyakit sehingga terjadi infeksi, beberapa jenis kanker dan kemunduran sistem saraf.

Timbulnya HIV pada wanita hamil diperkirakan meningkat. Tes HIV sebaiknya ditawarkan kepada wanita beresiko tinggi pada awal mereka memasuki perawatan prenatal. Namun, soronegativitas pada uji prenatal pertama bukan jaminan untuk titer negative yang berlangsung. Misalnya, seorang wanita berusia 24 tahun yang mendapatkan perawatan prenatal selama 8 minggu mempunyai hasil tes western blot yang negative. Namun, setelah terinfeksi HIV, serum antibody membutuhkan waktu sampai 12 minggu untuk berkembang. Tes western

blot harus diulangi dalam 1 atau 2 bulan dan pada trimester ketiga.

#### 4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Darah manusia dibentuk darah ABO, sebagian besar manusia memiliki suatu antigen permukaan sel darah merah pada sistem golongan darah rhesus. Mereka yang mempunyai antigen dipertimbangkan sebagai Rh(D)positif, sedangkan mereka yang tidak mempunyai faktor Rh disebut Rh(D)negatif. Antigen Rh selanjutnya dikategorikan kedalam suatu kompleks antigen C,D,E. Antigen D paling sering dihubungkan dengan penyakit hemolisis pada janin dan bayi baru lahir (Varney, 2007:432).

#### 5) Riwayat Kebidanan

##### a) Menstruasi

Hari pertama haid terakhir (HPHT) pada wanita dengan siklus haid yang teratur merupakan salah satu dari data yang dapat diandalkan untuk memperkirakan umur kehamilan sehingga penting bagi bidan untuk mengaji riwayat haid secara akurat. Selain itu HPHT bisa digunakan untuk menentukan tanggal tafsiran persalinan (TTP) yaitu dengan cara tanggal ditambah 7, bulan dikurangi 3 dan tahun ditambah 1 (Walsh, 2007:107-108).

## b) Kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

### (1) Kehamilan

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko yang lebih tinggi, sehingga perlu dikirim kerumah sakit (Manuaba, 2012:359).

### (2) Persalinan

Pada multigravida dikaji tentang persalinannya yang lampau, sebagai gambaran koordinasi antara 3P (power, passage, passanger). Bila pada persalinannya yang lampau persalinan spontan, bayi hidup, dan aterm, ini menunjukkan koordinasi ketiga P berjalan baik (Manuaba, 2010:137).

### (3) Nifas

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan. Lochea alba hari

kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:148-149).

c) Riwayat Kontrasepsi

Pasien yang 3 bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2012:206). Untuk rencana KB yang akan datang lagi pasangan yang berusaha membatasi kehamilan dapat menggunakan metode KB yang meliputi metode sederhana (kondom, spermisida, coitus interruptus, pantang berkala) dan metode efektif (pil KB, *progesterone only pill*, pil KB kombinasi, *after morning pill*, suntik KB, susuk KB tiap tahun (Manuaba, 2010:151).

6) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Pada trimester III, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Perkembangan janin yang pesat ini terjadi pada 20 minggu terakhir

kehamilan. Umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan merasa cepat lapar (Romauli, 2011:136).

b) Eliminasi

Peningkatan frekuensi berkemih pada trimester III paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *lightening*. *Lightening* menyebabkan bagian presentasi (terendah) janin akan menurun masuk ke dalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih (Marmi, 2011:87-90).

Konstipasi biasanya terjadi pada trimester II dan III. Konstipasi diduga akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011:90).

c) Istirahat dan tidur

Secara anatomi, ligamen sendi putar dapat meningkatkan pelebaran/ pembesaran rahim pada ruang abdomen.

Nyeri pada ligamen ini terjadi karena pelebaran dan tekanan pada ligamen karena adanya pembesaran rahim.

Istirahat dengan posisi duduk lazim dipilih ibu hamil.

Paha harus tertopang kursi, kaki dalam posisi datar di

lantai. Bila perlu, kaki sedikit ditinggikan di atas bangku kecil (Romauli, 2011:154).

d) Aktivitas

Aktivitas yang banyak dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Manuaba, 2010:276-278).

e) Personal hygiene

Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan kolostrom yang berasal dari asinus yang mulai bersekresi. Pada trimester III, pertumbuhan kelenjar *mammae* membuat ukuran payudara semakin meningkat. Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kromosom yang keluar lebih kental. Berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan menggunakan busa akan mengganggu penyerapan kringat payudara (Marmi, 2011:128).

f) Perawatan vagina dan vulva pada wanita hamil

sebaiknya tidak melakukan irigasi dalam kehamilan dapat menimbulkan emboli udara. Hal-hal yang harus diperhatikan adalah celana dalam harus kering, jangan menggunakan obat atau menyemprot ke dalam vagina,

sesudah BAB dan BAK dilap dengan lap khusus (Marmi, 2011:132).

g) Rekreasi

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan rekreasi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi keluar kota (Romauli, 2011:201).

h) Hubungan seksual

Pada trimester III libido ibu menurun sehingga jarang melakukan hubungan seksual (Romauli, 2011). Pada kehamilan tua sekitar 14 hari menjelang persalinan hubungan seksual perlu dihindari karena dapat membahayakan. Keinginan seksual ibu hamil trimester III sudah berkurang karena berat perut yang semakin membesar dan tekniknya pun sudah sulit dilakukan. Posisi diatur untuk menyesuaikan pembesaran perut (Marmi, 2011:201).

7) Riwayat ketergantungan

a) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang dihisap melalui rokok bisa ditransfer melalui plasenta ke dalam tubuh bayi. Kandungan nikotin

didalam rokok dapat mengakibatkan efek vasokonstriksi kuat dan meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineperin dan CO<sub>2</sub> meningkatkan risiko kasus terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan preeklamsi (Marmi, 2011:213).

b) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:214).

c) 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, 2011:214-215).

8) Latar belakang sosial budaya

Sosial budaya diindonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu, sebagai contoh dalam hal makanan, bapak

didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan kepada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny, 2011:11).

#### 9) Riwayat psikososial

Dukungan selama masa kehamilan sangat dibutuhkan bagi seorang wanita yang sedang hamil, terutama dari orang terdekat apalagi bagi ibu yang pertama kali hamil. Seorang wanita akan merasa tenang dan nyaman dengan adanya dukungan dan perhatian dari orang-orang terdekat (Marmi, 2011:215). Trimester III sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil tidak sabar menantikan kelahiran sang bayi, berjaga-jaga atau menunggu tanda gejala persalinan, merasa canggung, jelek, berantakan dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya, mengalami proses duka lain ketika mengantisipasi hilangnya perhatian dan hak istimewa khusus selama hamil (Varney, 2007:473).

#### b. Data Obyektif

##### 1. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum baik dengan kesadaran komposmentis yaitu tingkat kesadaran sepenuhnya baik terhadap diri maupun

lingkungan sekitarnya. Pasien dapat menjawab dengan baik pertanyaan pertanyaan pemeriksa yang ditujukan kepadanya.

(Manuaba, 2010:73).

## 2) Tanda-tanda vital

### (1) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg (Romauli, 2011:136). Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik >120 mmHg, ia berisiko, mengalami preeklamsia (Marmi, 2011:99).

### (2) Nadi

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

Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dmp. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2014:163).

### (3) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari

0,5 sampai 1<sup>o</sup> C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Peningkatan suhu sedikit adalah normal. Namun bila persalinan berlangsung lebih lama, peningkatan suhu dapat mengindikasikan dehidrasi dan parameter lain harus dicek. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney, 2007:217).

#### (4) Pernafasan

Pada ibu hamil trimester III, uterus telah mengalami pembesaran sehingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu, diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan. Hal ini menimbulkan perasaan sesak nafas. Banyak wanita cenderung merespon sesak nafas dengan cara melakukan hiperventilasi (Varney, 2007:217). Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:173).

#### 3) Pemeriksaan antropometri

##### 1) Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Manuaba, 2010). Tinggi yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik,

karena tinggi yang pasti sering kali tidak diketahui dan tinggi badan berubah seiring peningkatan usia wanita, tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal (Marmi, 2011:168).

## 2) Berat badan

Berat badan ditimbang pada kunjungan awal untuk membuat rekomendasi penambahan berat badan pada wanita hamil dan untuk membatasi kelebihan atau kekurangan berat. Salah satu sumber pedoman terbaru dari *institute of medicine* dengan menggunakan Indeks Masa Tubuh (IMT) untuk menentukan berat yang direkomendasikan (Marmi, 2014:169).

Penambahan berat badan pada wanita hamil menurut IMT adalah :

- (a) 12,5-17,5 kg untuk wanita dengan berat badan yang normal selama hamil (IMT 19,8-26)
- (b) 14-20 kg untuk wanita dengan berat badan rendah (IMT <19,8)
- (c) 7,5-12,5 kg untuk wanita dengan berat badan berlebih (IMT 26,1-29)
- (d) Sekurang-kurangnya 7,5 kg untuk wanita obesitas (IMT >29)

### 3) Lingkar lengan atas (LILA)

Pada bagian kiri lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR. Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotifasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makannya (Romauli, 2011:173).

## 2. Pemeriksaan fisik

### 1) Kepala

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

### 2) Wajah

Bentuk simetris, tampak sembab atau tidak, tidak pucat, tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:175).

3) Mata: yaitu bengkak/tidak (Apabila kelopak mata sudah bengkak, kemungkinan terjadi pre eklamsi berat), conjungtiva merah muda atau pucat, sklera putih/kuning (Baety, 2012:76-77).

4) Hidung: simetris, nafas cuping hidung, ada pembesaran polip apa tidak (Baety, 2012:77).

5) Mulut: Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi. Gusi cenderung berdarah akibat hiperemia pada pertengahan kehamilan (Varney, 2007:206).

#### 6) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Fungsi hormon ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat, produksi peotide pada janin, plasma dan ibu (Saifuddin, 2009:107). Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil karena banyak gejala hipotiroidisme seperti keletihan, penambahan berat badan, dan kontipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan (Marmi, 2011:207).

#### 7) Dada

Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih yang disebut kolostrom. Kolostrom ini berasal dari asinus yang mulai bersekresi. Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kolostrom yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak, bunyi jantung lub dub (Romauli, 2011:176).

#### 8) Abdomen

Gerakan menendang atau tendangan janin yang normal adalah 10 gerakan dalam 12 jam (Saifuddin, 2010:89).

#### 9) Genetalia

Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan, ekskoriasi, dan memar. Adanya lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2011:126). Peningkatan kongesti ditambah relaksasi dinding pembuluh darah dan uterus yang berat dapat menyebabkan timbulnya edema dan varises vulva. Edema dan varises biasanya membaik selama periode pascapartum. Leukorea (keputihan) merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair yang dimulai dari trimester I,

sebagai bentuk dari hiperplasi mukosa vagina (Marmi, 2009:126).

#### 10) Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatnya kadar hormon kehamilan yang melemahkan dinding vena dibagian anus. Banyak ibu hamil yang menderita hemoroid setelah 6 bulan usia kehamilan karena adanya peningkatan tekanan vena di area panggul. Derajat haemoroid di bagi 4 yaitu:

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

Derajat 2 : benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar

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

Derajat 4 : benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010:94).

#### 11) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring.

Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Marmi, 2011). Edema dapat mengidentifikasi penyakit kardiovaskuler. Varises dapat meningkatkan resiko flebitis dalam kehamilan (Walsh, 2012:208).

### 3. Pemeriksaan khusus

#### 1) Tinggi fundus uteri (TFU)

Menurut Manuaba (2007:108) menentukan TFU menggunakan rumus Mc. Donald yaitu umur kehamilan dalam bulan diukur dari panjang antara simfisis pubis dan puncak fundus uteri dalam sentimeter dibagi  $3\frac{1}{2}$ cm.

#### 2) Tafsiran Berat Janin (TBJ)

Menurut Johnson-Tausak tercantum dalam Sofian (2011:44) untuk mengukur rumusan TBJ dalam gram mengetahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:  $TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \dots$  gram

n : posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau bawah. Bila diatas (-12) dan bila di bawah (-11).

Nilai TBJ normal pada kehamilan trimester III menurut Manuaba (2010) adalah:

Tabel 2.9  
Tafsiran berat janin berdasarkan usia kehamilan

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

Sumber: Manuaba, 2010:134-135

### 3) Pemeriksaan khusus

#### (1) Palpasi

Palpasi atau periksa raba yaitu untuk menentukan besarnya rahim, menentukan tuanya kehamilan, menentukan letak janin, serta memastikan tidak ada tumor, kista myoma didalam rongga perut. Cara melakukan palpasi menurut leopard adalah sebagai berikut:

#### (a) Leopold I

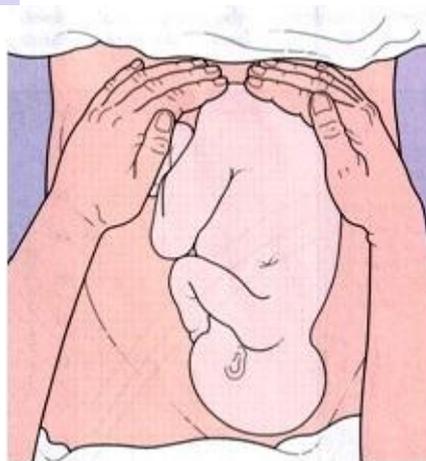
Pemeriksaan leopard I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus (Manuaba, 2010). normalnya leopard I, tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan (Romauli, 2011:179). Tinggi fundus uteri pada pemeriksaan leopard I trimester III adalah sebagai berikut: Pada letak kepala akan teraba bokong pada

fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat.

Langkah-langkah :

- a. Kaki klien ditekuk pada lutut serta lipat paha
- b. Pemeriksa berdiri disebelah kanan ibu hamil dan melihat kearah muka klien
- c. Rahim dibawa ke tengah
- d. Tinggi fundus uteri ditentukan, ukur dari bagian keras ditemukan (symphysis).

(Rahayu, 2016).



Gambar 2.20  
Manuver pertama, Palpasi Fundus  
Sumber : Manuaba I.B.G. 2007.

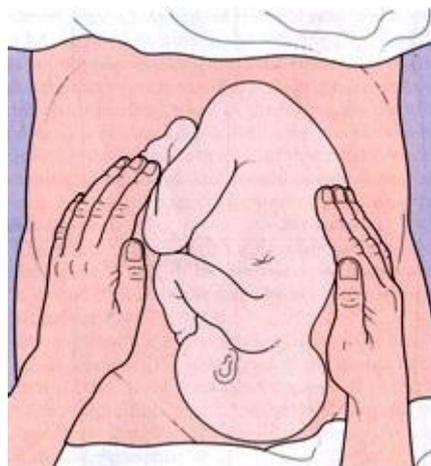
(b) Leopold II

Tujuan leopold II untuk menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang, normalnya teraba bagian panjang, keras seperti

papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil (Romauli, 2011:137). Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Jika pada perabaan abdomen sulit menentukan punggung kanan atau punggung kiri, dapat menggunakan prasat ahfeld atau budin (Manuaba, 2010:205).

Langkah-langkah :

- a. Raba bagian kiri dan kanan Rahim jika teraba kecil-kecil dan panjang itu menentukan tangan dan jari-jari
- b. Jika teraba lebar dan keras biasanya teraba di bagian abdomen kuadran kiri bawah. (Rahayu, 2016:115).



Gambar 2.21

Manuver Kedua, Palpasi Lateral

Sumber : Sumber : Manuaba I.B.G. 2007

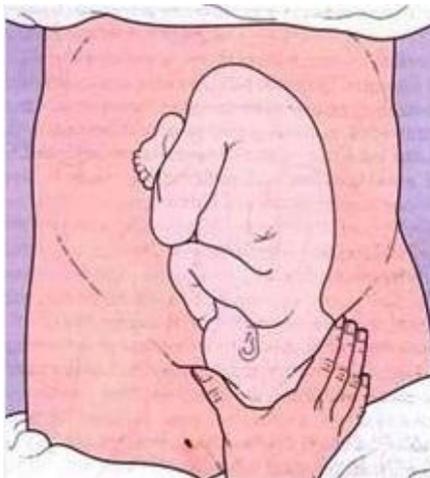
(c) Leopold III

Tujuan leopold III yaitu mengetahui presentasi/ bagian terbawah janin yang ada di simpisis. Normalnya pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin) (Romauli, 2011:179). Pada primigravida, kepala janin masuk PAP pada usia kehamilan 36 minggu, sedangkan pada multigravida kepala janin baru masuk PAP menjelang persalinan (Manuaba, 2010). Jika kesulitan menentukan apakah kepala atau bokong yang terdapat di fundus, dapat digunakan prasat knebel (Manuaba, 2010:214).

Langkah-langkah :

- a. Tangan kanan memegang bagian bawah
- b. Tangan kiri mencoba menekan fundus
- c. Dibagian bawah Rahim masih bias digoyangkan atau tidak
- d. Bila belum konvergen tidak perlu leopold IV.

(Rahayu, 2016:117).



Gambar 2.22  
Manuver ketiga

Sumber : Sumber : Manuaba I.B.G. 2007.

(d) Leopold IV

Tujuan Leopold IV yaitu untuk mengetahui apakah bagian terendah janin sudah masuk PAP dan seberapa jauh masuknya bagian terendah janin dalam PAP (Romaulia, 2011). Pada primigravida, kepala janin masuk PAP pada usia kehamilan 36 minggu, sedangkan pada multigravida kepala janin baru masuk PAP menjelang persalinan (Manuaba, 2010:217).

Langkah-langkah :

- a. Kedua tangan konvergen: sebagian kecil ( $1/3$ ) kepala turun ke dalam panggul.
- b. Kedua tangan sejajar: separuh kepala masuk ke rongga panggul.

- c. Kedua tangan divergen: bagian besar kepala masuk ke dalam rongga panggul. (Rahayu, 2016:119).



Gambar 2.23  
Manuver Keempat, palpasi Pelvis  
Sumber : Manuaba I.B.G. 2007

2) Osborn tes

Pemeriksaan Osborn dipergunakan untuk melakukan pemeriksaan dari luar tentang kemungkinan kesempitan panggul sebagai berikut

(a) Kepala janin dipegang dan diupayak untuk dapat masuk ke PAP.

(b) Jika tidak dapat masuk PAP karena masih tinggi, harus diukur dengan jari untuk mengetahui seberapa tinggi-nya dari simfisis pubis.

(c) Jika tingginya sekitar 2 jari diatas simfisis, ini disebut Osborn positif yang berarti ada kemungkinan panggul sempit.

(d) Untuk membuktikan kebenaran Osborn positif selanjutnya masih dapat dibuktikan dengan trial of labor ( persalinan percobaan)

Tanpa pemeriksaan Osborn, kemungkinan kesempatan panggul akan dijumpai pada hasil pemeriksaan palpasi Leopold (pawlik) yaitu :

(a) Kepala janin masih tinggi diatas simfisis.

(b) Masih dapat digoyangkan diatas simfisis.

Menghadapi kepala janin yang masih melayang, terdapat kemungkinan sebagai berikut :

(a) Terdapat kesempatan panggul atau disproporsi safalopelvik.

(b) Kemungkinan lilitan tali pusat pada leher yang menghambat masuknya kepala janin ke PAP.

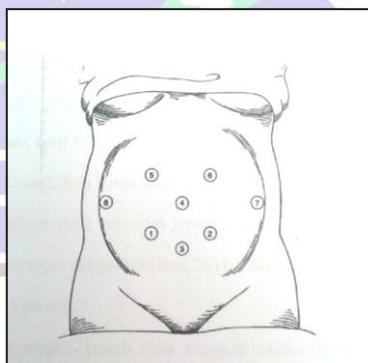
Sekarang ini untuk menghadapi kehamilan primigravida dengan kepala janin masih tinggi dapat langsung dilakukan tindakan SC. Dengan demikian, dapat tercapai well born baby dan well health mother. (Manuaba, 2007)

Tinggi fundus uteri dicocokkan dengan perhitungan usia kehamilan, dimana hal ini hanya dapat diperkirakan dari hari pertama haid (HPHT). Bila HPHT tidak diketahui, maka usia kehamilan hanya dapat diperkirakan dari tingginya fundus uteri. Untuk mengukur umur kehamilan menurut teori Mc. Donald adalah tinggi fundus uteri dikalikan 2 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam bulan obstetric dan bila dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dapat digunakan untuk memperkirakan kapan persalinan ibu.

Menurut teori Neagle Rule bahwa perkiraan persalinan dapat dihitung dengan cara: tanggal haid terakhir ditambah 7, bulan dikurang 3, dan jika tahun yang lebih dari tahun sebelumnya ditambah dengan 1, jika bulan tidak dapat dikurangi 3, maka dapat dilakukan dengan cara bulan ditambah dengan 9 (Rahayu, 2016).

### 3) Auskultasi

Normal terdengar denyut jantung dibawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau bagian kanan) mendengarkan denyut jantung bayimeliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120-140x/menit (Romauli, 2011:186).



Gambar 2.24  
Letak Punctum Maksimum Setelah Minggu ke-26  
Gestasi Pada Posisi Normal  
Sumber: Wheeler, 2007.

#### 4) Perkusi reflek patela

Tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia. Reflek lutut negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011:186).

#### 5) Pemeriksaan panggul

Menjelaskan bahwa seorang multipara yang sudah beberapa kali melahirkan anak aterm dengan seponan dan mudah, dapat dianggap mempunyai panggul yang cukup luas (Marmi, 2011:168). pemeriksaan panggul dilakukan pada primigravida dengan kepala belum masuk PAP pada 36 minggu, sedangkan pada multipara dilakukan bila riwayat persalinan buruk, prematur, imatur, abortus, kelainan letak pada hamil aterm, kelainan bentuk tubuh, pincang dan kehamilan dengan pendular (Manuaba, 2010:247).

#### 7) Pemeriksaan laboratorium

##### (1) Pemeriksaan darah

A. Hemoglobin: Menurut Manuaba (2010) pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli, hasil

pemeriksaan dengan sahli sapat digolongkan pada tabel berikut:

Tabel 2.10  
Hasil pemeriksaan kadar hemoglobin

Kadar Hb	Kriteria
11 gr%	Tidak anemia
9-10 gr%	Anemia ringan
7-8 gr %	Anemia sedang
<7 gr%	Anemia berat

Sumber: Manuaba, 2010:248.

#### B. Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan (Romauli, 2011:184).

#### (2) Pemeriksaan urine

Protein urine: Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya protein dalam urine. Adanya protein dalam urine, menunjukkan ibu mengalami preeklamsia (Fathma, 2014:57-58).

Ada beberapa metode yang dapat dilakukan untuk pemeriksaan protein urine. Akan tetapi metode yang sering digunakan untuk melakukan tes pemeriksaan urine yaitu dipstick test atau specimen urine acak dan tes protein urine 24 jam. Berikut ini penjelasan mengenai metode pemeriksaan protei urine :

##### 1. Dipstick test

Cara kerja metode ini yaitu ambil sample urin kemudian celupkan dipstick ke dalam urine. Untuk mendapatkan hasilnya hanya perlu menunggu 60 detik, lihatlah perubahan warna yang terjadi pada dipstick tersebut dan cocokkan dengan warna yang ada pada dipstick tersebut pada keterangan warna-warni. Indikator warna yang menunjukkan protein pada urine yaitu khromofenol biru. Selain protein urine, metode ini juga dapat mengindikasikan glukosa pada urine. Tes protein urine diklasifikasikan dengan + dan ++++ yang artinya 1 menunjukkan kadar protein rendah dan 4 menunjukkan kadar protein tinggi. Adanya kadar protein tinggi menunjukkan bahwa ibu hamil mengalami infeksi saluran kemih ataupun preeklamsia.

## 2. Uji protein urine 24 jam

Metode protein urine yang kedua yaitu uji protein 24 jam. Metode uji urine 24 jam merupakan metode pengujian dengan cara memasukkan urine pada suatu wadah kemudian simpan pada lemari es selama 24

jam. Setelah disimpan 24 jam ukurlah urin tersebut menggunakan fotometer ataupun analyzer kimiawi. Kadar urine normal pada ibu hamil yaitu  $< 300\text{mg}/24$  jam sedangkan spot urine ibu hamil yaitu  $< 300\text{mg}/\text{L}$  dan spot urine dipstick ibu hamil negatif atau trace.

#### 8) Pemeriksaan penunjang lain

##### (1) Pemeriksaan USG

Beberapa indikasi pemeriksaan USG pada kehamilan trimester III antara lain penentuan usia kehamilan, evaluasi pertumbuhan janin, terduga kematian janin, terduga kelainan volume cairan amnion, evaluasi kesejahteraan janin, KPD atau persalinan preterm, penentuan presentasi janin, membantu tindakan versi luar, terduga inkompetensi serviks, terduga plasenta previa, terduga solusio plasenta, terdapat nyeri pektik atau nyeri abdomen, evaluasi kelainan kongenital, terduga adanya tumor pelvik atau kelainan uterus, kordosentesis, atau amnioinfusi (Romauli, 2011:186).

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menegaskan diagnosis kehamilan normal (Fathma, 2014:60).

## II. Diagnosis

Dari hasil pemeriksaan harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida atau multigravida, atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil, berapa usia kehamilan saat ini, apakah janin hidup, apakah janin tunggal, bagaimana letak janin, apakah intrauterin, serta penggolongan ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan (Manuaba, 2010:278).

## III. Intervensi

Diagnosa : G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>APIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Fathma, 2014:88)

Tujuan adalah:

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

Kriteria adalah:

### 1) Kesejahteraan ibu

(1) Keadaan umum ibu baik

(2) Kesadaran komposmentis

(3) TTV ibu dalam batas normal:

a. Tekanan darah : 110/70-130/90 mmHg

b. Nadi : 68-90 x/menit

- c. Suhu : 36,5-37,5°C
- d. Pernafasan : 16-20x/menit
- e. Berat badan : 12,5-17,5 kg untuk wanita dengan berat badan normal selama hamil (IMT 19.8-26).  
Kenaikan berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2009:257).
- f. TFU sesuai dengan usia kehamilan yaitu untuk usia kehamilan 28 minggu TFU 3 jari diatas pusat, 32 minggu TFU pertengahan pusat-prosesus xiphoideus, 36 minggu TFU 3 jari di bawah *prosesus xiphoideus*, dan 40 minggu TFU pertengahan pusat-*prosesus xiphoideus* (PX).
- g. Pemeriksaan laboratorium : Hb  $\geq$  11 gr%
- (1) Protein urine negatif
  - (2) Reduksi urine negatif
- h. Kesejahteraan janin
- a) Usia bayi aterm dan lahir pervaginam
  - b) DJJ 120-160 x/menit teratur dan kuat
  - c) Gerakan janin normal yaitu 10 gerakan dalam 12 jam (Saifuddin, 2009:257).
  - d) TBJ normal

Intervensi menurut Varney (2007:538):

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

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

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

R/Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

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

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

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

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

- 5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011:189).

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

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

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

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

a. Masalah

1) Edema Dependen

a) Tujuan

Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (Edema Dependen).

b) Kriteria

Setelah tidur atau istirahat edema berkurang.

c) Intervensi

Menurut Varney, (2007:540)

(1) Jelaskan penyebab dari Edema Dependen.

R/ ibu mengerti penyebab Edema Dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

(2) Anjurkan ibu untuk menghindari pakaian yang ketat.

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

(3) Anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

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

(4) Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset.

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

(5) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R/ Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

## 2) Hemoroid

### a) Tujuan

Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah.

### b) Kriteria

(1) BAB 1-2 x/har, konsistensi lunak.

(2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri.

### c) Intervensi

Menurut Varney, (2007:539)

(1) Anjurkan ibu mengkonsumsi makanan tinggi serat.

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat dan keras.

(2) Anjurkan ibu untuk jalan-jalan.

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

(3) Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas tiap bangun tidur pagi.

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

(4) Anjurkan ibu mandi berendam air hangat.

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

(5) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengenang yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

3) Nokturia

a) Tujuan

Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia).

b) Kriteria

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

(2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi.

c) Intervensi

Menurut Varney, (2007:541) :

(1) Jelaskan pada ibu terjadinya sering kencing.

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

(2) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK.

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

(3) Anjurkan ibu untuk menghindari minuman-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

(4) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan mengurangnya setelah makan sore serta sebelum tidur buang air kencing dulu.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

4) Kram pada tungkai

a) Tujuan

Kram pada kaki dapat teratasi.

b) Kriteria

(1) Kram pada kaki berkurang.

(2) Ibu mampu mengatasi kram pada kaki.

c) Intervensi

Menurut Varney, (2007:539) :

(1) Jelaskan penyebab kram pada kaki.

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

(2) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

(3) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

(4) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur.

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

(5) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor.

R/ Konsumsi kalsium dan fosfor baik untuk kesehatan tulang.

5) Konstipasi

a) Tujuan

Setelah dilakukan penyuluhan, masalah konstipasi teratasi.

b) Kriteria

Ibu lancar BAB 1 x/hari, konsistensi lunak.

c) Intervensi

Menurut Varney, (2007:539) :

(1) Jelaskan fisiologis konstipasi pada akhir kehamilan.

R/ Ibu memahami konstipasi adalah hal yang normal dialami ibu hamil dan ibu tidak cemas lagi.

(2) Anjurkan ibu minum air hangat dan makan makanan yang berserat.

R/ Air hangat dan makanan yang mengandung serat dapat menstimulasi peristaltik usus.

(3) Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8 gelas/hari.

R/ cairan dapat memperlancar kerja peristaltik usus.

(4) Sarankan ibu untuk melakukan latihan ringan.

R/ Kegiatan latihan ringan dapat memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

6) Sesak Nafas

a) Tujuan

Ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan O<sub>2</sub> terpenuhi.

b) Kriteria

- (1) Frekuensi pernafasan normal (16-24 x/menit).
- (2) Ibu menggunakan pernafasan perut.

c) Intervensi

Menurut Varney, (2007:543) :

- (1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas.

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

- (2) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

- (3) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal yang tinggi.

R/ Menghindari penekanan diafragma.

- (4) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

- (5) Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

## 7) Nyeri Pinggang

### a) Tujuan

Masalah nyeri pada pinggang dapat teratasi.

### b) Kriteria

Nyeri pinggang berkurang.

### c) Intervensi

Menurut Varney, (2007:542) :

(1) Jelaskan pada ibu tentang fisiologi nyeri pinggang.

R/ Ibu mengerti dan rasa cemas berkurang.

(2) Ajarkan ibu melakukan body mekanik.

R/ menghindari posisi yang salah pada body mekanik untuk mengurangi ketegangan otot sehingga nyeri berkurang.

(3) Anjurkan ibu untuk tidur dengan diganjal bantal.

R/ Mengurangi nyeri pada otot pinggang.

(4) Anjurkan ibu melakukan kompres hangat pada pinggang.

R/ Meningkatkan vaskularisasi daerah pinggang sehingga spasme otot berkurang dan rasa nyeri berkurang.

(5) Mengenakan penopang abdomen

R/ Mengurangi relaksasi dan kenyamanan..

(6) Anjurkan ibu untuk tidak memakai sandal dan sepatu hak tinggi.

R/ Hak tinggi menyebabkan hiperdosis sehingga nyeri pinggang bertambah.

8) Nyeri ulu hati

a) Tujuan

Setelah dilakukan penyuluhan, masalah nyeri ulu hati dapat teratasi.

b) Kriteria

Ulu hati tidak terasa nyeri

c) Intervensi

Menurut Varney, (2007:538)

(1) Jelaskan penyebab ulu hati pada akhir kehamilan.

R/ Ibu mengerti bila nyeri ulu hati sering terjadi pada ibu hamil dan mengerti penyebabnya.

(2) Anjurkan ibu mempertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar dari bagi lambung.

R/ Penyebab ulu hati juga berasal dari ruang fungsional untuk lambung tidak ada karena penekanan uterus yang membesar.

(3) Anjurkan ibu makan sedikit tapi sering untuk menghindari lambung terlalu penuh.

R/ Lambung yang terlalu penuh merupakan sebab dari nyeri ulu hati.

- (4) Anjurkan ibu untuk menghindari makanan dingin dan pedas.

R/ Makanan dingin dan pedas dapat merangsang gangguan pencernaan.

- (5) Anjurkan ibu menghindari minum bersamaan dengan makan.

R/ Cairan pada air minum dapat menghambat asam lambung.

#### IV. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- d. Melibatkan klien/pasien

- e. Menjaga privacy klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

#### V. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan atau keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar

Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/pasien.

## VI. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

## 2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

### I. Pengkajian Data

#### 1. Data Subyektif

##### a. Identitas

- 1) Nama: Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Eny dkk, 2010:77-78).
- 2) Usia: Data ini ditanyakan untuk menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko karena usia atau tidak (Sulistyawati, 2010:45).
- 3) Agama: Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Eny, 2010:77)
- 4) Pendidikan: Informasi ini membantu kita memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran tentang kemampuan klien, sehingga mempermudah kita dalam memberikan informasi atau konseling (Marmi, 2011:147)
- 5) Pekerjaan: Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010:297).
- 6) Alamat: Ditanyakan untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010:79)

b. Keluhan utama

Menurut Manuaba (2010:249), terjadinya his persalinan ditandai dengan adanya pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah. Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda).

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah. Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Manuaba, 2010).

Menurut Manuaba (2010:250:252) tanda-tanda persalinan adalah:

- (1) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.

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

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

c. Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani dkk, 2010:58-59).

d. Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi

Menurut (Marmi, 2014:272):

a) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali.

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

b) Siklus haid

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

c) Hari pertama haid terakhir

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

2) Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan 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,2009:13).

3) Riwayat persalinan yang lalu

Persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (dengan forcep, atau dengan SC), riwayat perdarahan pada kehamilan. Sebelumnya, hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan seelumnya, berat bayi sebelumnya ,2500 atau >4000, masalah-masalah lain

yang dialami, riwayat kebidanan yang lalu membantu dalam mengelola asuhan pada kehamilan ini (konseling khusus, test, tindak lanjut, dan rencana persalinan) (Rukiyah,2009:43).

#### 4) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38<sup>0</sup>C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38<sup>0</sup>C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:174).

#### 5) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan 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). Hal-hal yang perlu dikaji di dalamnya antara lain berapa kali ibu sudah melakukan ANC, di mana ibu memperoleh ANC, apakah ibu sudah mendapatkan imunisasi TT dan

berapa kali mendapatkannya, apakah ibu teratur minum tablet tambah darah, kalsium dan vitamin yang ibu peroleh setiap kali control, apakah ada keluhan atau komplikasi selama ibu hamil dan apakah ibu mempunyai kebiasaan-kebiasaan mengkonsumsi obat-obatan, merokok, minum jamu dan alkohol dan sebagainya, sehingga bidan dapat memantau perkembangan kehamilannya. Pada kehamilan, pemeriksaan ANC harus lebih sering guna untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandung (Fathma, 2014:84:85).

6) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor 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, 2014:85).

7) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

Dikaji untuk membantu bidan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang dapat mempengaruhi kehamilan atau bayi baru lahir (Rukiyah, 2009:25). Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

(1) Sistem Kardiovaskular

Perubahan fisiologis normal pada masa hamil meningkatkan curah jantung wanita hingga mencapai 40 persen melebihi curah jantungnya ketika tidak hamil saat ia berada pada keadaan istirahat. Peningkatan ini terjadi pada awal kehamilan dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 20 hingga 24 minggu. Peningkatan curah jantung selama kehamilan, persalinan, dan kelahiran akan meningkatkan resiko dekomposisi jantung pada wanita yang mempunyai riwayat penyakit jantung (Varney, 2007:279).

(2) Hipertensi

Wanita hipertensi yang dinyatakan hamil perlu mendiskusikan dengan dokternya tentang pengobatan mana yang aman digunakan selama mengandung. Selain itu, wanita dengan hipertensi yang sudah ada sebelumnya mengalami peningkatan resiko terjadinya preeklampsia selama kehamilan (Varney, 2007:279-280).

(3) Anemia

Anemia didefinisikan sebagai penurunan jumlah sel darah merah atau penurunan konsentrasi hemoglobin di dalam sirkulasi darah. Definisi anemia yang diterima secara umum adalah kadar Hb kurang dari 12,0 gram

per 100 mililiter (12 gram/desiliter) untuk wanita tidak hamil dan kurang dari 10,0 gram per 100 mililiter (10 gram/desiliter) untuk wanita hamil (Varney, 2007:231).

(4) Asma

Pengawasan hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa, kecuali terdapat indikasi pertolongan persalinan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2010:211-212).

(5) Diabetes melitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2011:73).

8) Riwayat kesehatan keluarga

Hal penting yang perlu dikaji bila ada riwayat penyakit menular dalam keluarga ibu maupun suami (seperti hepatitis, TBC, HIV/AIDS, PMS) yang dapat menularkan kepada anggota keluarga yang lain. Juga perlu dikaji bila ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga ibu maupun suami seperti jantung, DM, asma, hipertensi, dan lainnya, karena dapat menurunkan kepada anggota keluarga yang lain dan dapat membahayakan apabila penyakit – penyakit tersebut terjadi pada ibu yang sedang hamil (Fathma, 2014:85).

9) Data fungsional kesehatan

Pola ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menunjukkan perilaku hidup sehat dalam kehidupannya sehari – hari atau belum. Pola – pola yang dikaji di dalamnya, meliputi :

(1) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah ibu hamil (klien) sudah makan teratur 3x sehari atau belum, apakah sudah mengonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk-pauk, sayur dan buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin yang dikandungnya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu dipertanyakan, hal ini juga dimaksudkan untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma, 2014:86).

(2) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011:58).

(3) Istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu dapat beristirahat dengan cukup dan tenang setiap harinya atau tidak, karena dapat berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya apabila tidak mempunyai cukup waktu untuk beristirahat (Fathma, 2014:86).

(4) Personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menerapkan perilaku hidup sehat dalam kehidupannya. Kebersihan diri yang paling dan harus diperhatikan oleh ibu hamil adalah kebersihan alat kelamin (genetalia), apabila ibu tidak menjaga genetalia akan memudahkan masuknya kuman ke dalam kandungan (Fathma, 2014:79).

(5) 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 telah masuk sebagian ke dalam PAP serta keuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin.

Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I – IV (Marmi, 2011:162).

(6) Aktivitas seksual

Dikaji untuk mengetahui apakah selama hamil ibu melakukan hubungan seksual atau tidak, karena pada dasarnya hubungan seksual boleh dilakukan selama hamil, asal umur kehamilan ibu cukup besar, karena hubungan seksual yang dilakukan pada saat hamil muda akan sangat berpengaruh terhadap kondisi janin yang dikandung (Fathma, 2014:90).

10) Riwayat psikososial dan budaya

Dikaji untuk mengetahui bagaimana penerimaan ibu terhadap kehamilannya. Dikaji pula apakah pihak keluarga mendukung kehamilan ibu, bagaimana hubungan ibu dengan keluarga dan masyarakat sekitar, apakah ibu mempunyai hewan peliharaan, karena hewan peliharaan dapat menyebabkan penyakit TORCH pada ibu hamil yang dapat mengancam janin yang dikandungnya (Fathma, 2014:95).

Sosial budaya di Indonesia yang mengutamakan bapak dibandingkan ibu, sebagai contoh dalam hal makanan, bapak didahulukan untuk mendapatkan makanan yang bergizi sedangkan bagian yang tertinggal diberikan kepada ibu, sehingga gizi untuk ibu selama masa hamil kurang hal tersebut berakibat pada tingginya angka anemia (Eny, 2010:105).

## 2. Data obyektif

### 1) Pemeriksaan umum

#### (1) Keadaan umum

Dikaji pada saat pertama kali pasien datang. Lihat apakah pasien tampak baik atau tampak lemah dan pucat. Hal ini penting untuk mengetahui bila ibu mengalami anemia yang merupakan komplikasi tersering dari kehamilan (Fathma, 2014:101-102).

#### (2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan komposmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010:77).

#### (3) Tanda-tanda vital

Vital sign terpenting yang harus selalu dikaji, yaitu:

(a) Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil perlu dikaji secara teratur untuk mengetahui bila ibu mengalami preeklamsia terutama selama trimester II dan III. Waspadai bila tekanan darah sistolik ibu  $> 140$  mmHg dan diastolic  $> 90$  mmHg (Fathma, 2014:101).

(b) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang (Varney *dkk*, 2007:453).

(c) Suhu

Suhu sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari  $0,5$  sampai  $1^{\circ}$  C yang mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan. Pada kasus ketuban pecah dini, peningkatan suhu dapat mengindikasikan

infeksi dan tidak dapat dianggap normal pada kondisi ini (Varney dkk, 2007:687).

(d) Pernafasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, Kribs dan Giger, 2007:687). Pernapasan normal 16-24 kali per menit (Romauli, 2011:181).

(e) Antropometri

a) Berat badan: Kenaikan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu 6,5 kg – 16,5 kg selama hamil (Fathma, 2014:101).

b) Tinggi Badan : ibu hamil dengan tinggi badan  $\leq 145$  cm tergolong resiko tinggi (Romauli, 2011:103).

Rekomendasi penambahan berat badan berdasarkan indeks massa tubuh

Tabel 2.11  
Kategori berat badan

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	> 29	$\geq 7$
Gemeli		16-20,5

Sumber : (Sarwono, 2009:89-90).

(c) LILA (lingkar lengan atas) pada bagian kiri:

Lila kurang dari 23,50 cm merupakan indicator kuat untuk status gizi ibu kurang/buruk, sehingga ia beresiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011:162).

## 2) Pemeriksaan fisik

### (1) Kepala

Untuk observasi bentuk, benjolan, infeksi pada kepala. Palpasi bila tampak benjolan untuk mengetahui besar, bentuk, kekenyalan dan mobilitasnya. Untuk mengetahui keadaan rambut, seperti hitam, lebat, tidak berbau, tidak berketombe. (Fathma, 2014:112).

### (2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011:175).

### (3) Hidung

Untuk mengetahui kebersihan, ada atau tidak ada polip atau secret (Fathma, 2014:176).

(4) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering, atau pecah-pecah, gigi berjigong, terutama jika ia bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney dkk, 2007:719).

(5) Telinga

Untuk mengetahui kebersihan, ada atau tidak ada serumen di telinga (Fathma, 2014:179).

(6) Leher

Untuk mengetahui ada atau tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, ada atau tidaknya struma atau kelenjar gondok, dan ada atau tidaknya pembesaran vena jugularis (Fathma, 2014:169).

(7) Dada

Simetris, datar atau tidak, retraksi dinding dada ada atau tidak, payudara membesar atau tidak, payudara bersih atau tidak, ada benjolan abnormal atau tidak (Baety, 2012:12).

(8) Abdomen

Untuk mengetahui bentuk abdomen membujur / melintang. Ada tidaknya bekas operasi (Fathma, 2014:183). Kembang atau tidak, ada benjolan abnormal atau tidak (Baety, 2012:12). Kandung kemih harus sering dievaluasi setiap 2

jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan ntuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal (Varney, 2007:316).

(9) Anus

Untuk mengetahui ada atau tidak ada hemoroid (Fathma, 2014:152). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum (Varney dkk, 2007:316-317).

(10) Genetalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, 2010). Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya (Winkjosastro, 2008:45).

(11) Ekstremitas

Atas : Obeservasi keadaan tangan terutama kelengkapan jari tangan, kuku pucat atau sianosis, oedem atau tidak.

Bawah : Obeservasi keadaan kaki terutama kelengkapan jari tangan, kuku pucat atau sianosis, oedem atau tidak, adanya varises atau tidak (Fathma, 2014:186).

(12) Pemeriksaan abdomen tambahan

A. Palpasi abdomen

Palpasi abdomen dapat dilakukan untuk memastikan letak membujur dan presentasi kepala (Varney dkk, 2007:287).

B. Auskultasi

Nilai dan catat setiap denyut jantung janin setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin. Setiap kotak dibagian atas partograf menunjukkan waktu 30 menit, tentukan punktum maksimum, nilai DJJ setelah kontraksi uterus. Mulailah penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit bila demikian, baringkan ibu kesisi kiri dan anjurkan ibu untuk

relaksasi. Nilai kembali DJJ setelah 5 menit dari pemeriksaan sebelumnya, kemudian simpulkan perubahan yang terjadi. Jika DJJ tidak mengalami perubahan maka siapkan ibu untuk segera dirujuk (Winkjosastro, 2008:76)

### C. His

a) Kala I: Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan terdiri atas dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (Winkjosastro, 2008:79).

#### b) Kala II

Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut dengan kala pengeluaran bayi (Winkjosastro, 2008:80-81).

#### c) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Winkjosastro, 2008:81).

#### d) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008:82).

### 3. Pemeriksaan penunjang

#### 1) Pemeriksaan dalam (VT)

Dilakukan untuk mengetahui ukuran panggul dalam ibu dan kemungkinan jalan lahir dapat dilewati oleh janin (Fathma, 2014:159). Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan beberapa, dengan VT dan diketahui juga efecement, konistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge (Varney dkk, 2007:463).

## II. Diagnosis

1. Diagnosa: G.P. A...UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI,II,III,IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney dkk, 2007:470).

2) Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wiknjosastro, 2008:89).

3) Kala II dengan kemungkinan masalah:

Letih, infeksi, kram kaki atau tungkai

2. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik.

3. P<sub>≥1</sub> Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008:90) adalah retensio plasenta, avulsi tali pusat

4. P<sub>≥1</sub> Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut Wiknjosastro (2008): atonia uteri, robekan vagina, perineum atau serviks, dan subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh.

### III. Intervensi

(1)Diagnosa : G...P...UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H I, II, III, IV., 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 :

- 1) KU baik, kesadaran komposmentis.
- 2) TTV dalam batas normal.  
 TD: 100/60 – 130/90 mmHg.  
 S: 36,5 – 37,5°C.  
 N: 80–100x/menit.  
 R: 16 – 24x/menit.
- 3) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik.
- 4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multi gravida <7 jam.
- 5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam.
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
- 7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit.
- 8) Plasenta lahir spontan, lengkap.
- 9) Perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:79-87)

- 1) 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 proses persalinan. Ada kalanya ibu merasa khawatir dalam menjalani kala II persalinan. Berikan rasa aman dan semangat serta tentramkan hatinya selama persalinan berlangsung. Dukungan dan perhatian akan mengurangi perasaan tegang, membantu kelancaran proses persalinan dan kelahiran bayi.

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

2) Anjurkan pada ibu untuk makan dan minum.

Asupan cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi pada ibu dalam proses persalinan serta sebagai persediaan energi dalam mengejan.

R/Persiapan energi ibu untuk persalinan.

3) 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.

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

R/ untuk mempercepat penurunan kepala bayi.

5) Observasi TTV

a. DJJ setiap ½ jam

b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam

c. Nadi setiap ½ jam

d. Pembukaan serviks tiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika terdapat indikasi

e. Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam atau jika ada tanda gejala kala II atau jika ada indikasi

f. Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam

g. Produksi urin, aseton dan protein tiap 2-4 jam

R/Mengetahui perkembangan kondisi ibu dan janin.

6) 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/Bilas yang penuh dapat menghalangi penurunan kepala janin sehingga menyebabkan nyeri waktu his.

7) 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 (2008:87-97):

(1) Mengenali Tanda Dan Gejala Kala II

1. Mendengar dan melihat tanda persalinan kala II.
  - a. Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
  - b. Ibu merasa adanya tekanan pada anus
  - c. Perineum menonjol
  - d. Vulva dan sfingter ani membuka

R/Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

(2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Pakai celemek plastik.

R/ untuk perlindungan diri

4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih

mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ menjaga diri tetap steril dan bersih.

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

R/ sebagai perlindungan diri

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

(3) Memastikan Pembukaan Lengkap, Keadaan Janin Baik.

R/Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya ruptur portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

- a. Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan 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 pemeriksaan 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 ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

R/ untuk memusnahkan atau mematikan mikroorganisme yang patogen sehingga aman untuk penanganan selanjutnya, serta meminimalkan risiko infeksi pada petugas kesehatan.

10. Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.

- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
  - (b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.
- (4) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

R/Persiapan keluarga dan klien yang optimak 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 temuan 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 ibu 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 memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

(f) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).

(g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

(h) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

R/ dukungan sangat dibutuhkan oleh ibu untuk memotivasi

14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

R/ jalan-jalan dapat mempercepat pembukaan vulva

(5) Persiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi.

15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

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

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

18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

R/Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

(6) Persiapkan Pertolongan Kelahiran.

R/Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

Kelahiran kepala.

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.

Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.

Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R/ meneran secara dangkal dan bernafas cepat

20. 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 di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

R/ Tali pusat dipotong dan ditali agar tidak terjadi perdarahan

21. Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

R/ menunggu kepala bayi keluar dengan sendirinya

Lahirnya bahu.

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

R/ meneran dapat membantu mempercepat keluaranya kepala bayi

Lahirnya badan dan tungkai.

23. 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.

R/ untuk melindungi perineum dan kepala bayi

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki.

Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara

kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

R/ Sangga susur diperlukan untuk menolong bayi baru lahir.

(7) Penanganan Bayi Baru Lahir.

25. Lakukan penurunan (selintas).

(a) Apakah bayi menangis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau mega-megap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).

R/ Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

26. Keringkan tubuh bayi.

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan tubuh bagian lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

R/ Agar tidak terjadi hipotermi dan bayi tetap hangat

27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua dari klem pertama.

R/ untuk memudahkan PTT dan agar talipusat tidak masuk kedalam rahim lagi

28. Memegang talipusat dengan satu tangan , melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat

R/agar pemotongan tali pusat mudah

29. Mengganti handuk yang basah dengan kain yang bersih dan kering

R/ agar bayi tidak kedinginan

30. Memberikan bayi kepada ibunya (kontak kulit bayi dengan ibu) dan memulai pemberian ASI

R/ terjalinnya ikatan antara bayi dengan ibu

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering dan melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan bayi kedua

R/ mengetahui adanya bayi kedua dalam rahim

32. Memberitahu ibu akan dilakukan suntik oksitosin

R/ agar ibu mengetahui akan dilakukan penyuntikan oksitosin

33. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, menyuntikkan *oksitosin* 10 unit IM (*intramuscular*) di 1/3 paha ibu bagian atas *distal lateral* (lakukan *aspirasi* sebelum menyuntikkan *oksitosin*)

R/ menambah kontraksi agar lebih baik

34. Memindahkan klem talipusat

R/ mengukur seberapa panjang plasenta keluar

35. Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi *simfisis*, untuk mendeteksi. Tangan lain meregangkan tali pusat

R/ memudahkan PTT

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan kearah bawah talipusat dengan lembut

R/ memudahkan keluarnya plasenta

37. Setelah plasenta lepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik talipusat kearah bawah dan kemudian kearah atas

R/ mempercepat pengeluaran plasenta

38. Setelah *plasenta* tampak pada *vulva*, melahirkan *plasenta* dengan hati-hati. memegang *plasenta* dengan kedua tangan dan melakukan putaran searah untuk

membantu pengeluaran *plasenta* dan mencegah robeknya selaput ketuban

R/ agar plasenta tidak robek yang akan mengakibatkan perdarahan

39. Melakukan massase pada fundus uteri untuk memastikan kontraksi uterus baik dan tidak terjadi perdarahan

R/ mencegah perdarahan

40. Memeriksa bagian *maternal* dan bagian *fetal plasenta* dengan tangan kanan untuk memastikan bahwa seluruh *kotiledon* dan selaput ketuban sudah lahir lengkap, dan masukkan ke dalam kantong plastik yang tersedia

R/ memastikan plasenta lahir lengkap

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum

R/ mengetahui seberapa besar laserasi pada jalan lahir

42. Menilai ulang dan memastikan kontraksi dengan baik dan mengevaluasi perdarahan pervaginam

R/ mengetahui uterus baik dan tidak ada perdarahan

43. mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%

R/ mendekontaminasi kedua tangan

44. mengikat talipusat dengan tali DTT dengan simpul mati disekeliling talipusat

R/ mencegah adanya infeksi dan perdarahan

45. mengikat satu simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati

R/ agar ikatan tali pusat kuat

46. melepaskan klem talipusat dan memasukkan kedalam larutan klorin 0,5%

R/ mendekontaminasi klem tali pusat

47. Menyelimuti bayi

R/ agar bayi tidka kedinginan

48. Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

R/ agar ibu nyaman, memotivasi ibu untuk tetap memberikan ASI karena sangat penting bagi pertumbuhan bayi, dan juga tidak memperbolehkan ibu untuk pantang makanan agar kondisi ibu tetap baik dan penyembuhan luka episiotomi cepat

49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam

R/ mengetahui adanya perdarahan yang mungkin terjadi pada ibu

50. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi

R/ agar kontraksi uterus baik dan mencegah terjadinya perdarahan

51. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

R/ mengetahui seberapa banyak pengeluaran darah setelah kelahiran

52. Memeriksa tekanan darah dan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.

R/ memantau keadaan rahim pasca persalinan

53. Menempatkan semua peralatan bekas pakai ke dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).

Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi

R/ mendekontaminasi peralatan habis pakai

54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

R/ mencegah terjadinya penularan bakteri/kuman

55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT.

Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah.

Membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering

R/ mendekontaminasi ibu dari darah yang menempel pada tubuh ibu

56. memastikan ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI pada bayinya, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum yang diinginkan (tidak pantang makanan)

R/ memberikan pelayanan yang nyama bagi ibu dan menganjurkan ibu tidak pantang makanan

57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih

R/ membersihkan daerah yang digunakan saat melahirkan

58. Mencilupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendam dalam larutan klorin 0,5% selama satu menit.

R/ mendekontaminasi sarung tangan dengan klorin

59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

R/ membersihkan tangan dari kuman

60. Melengkapi partograf

R/ terlampir.

a. 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 (2008:111) :

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) Kala I lama

Tujuan : Kala I lama tidak terjadi

Kriteria :

a) Pembukaan serviks lebih dari 4 cm setelah 8 jam

b) Kontraksi teratur (lebih dari 3 dalam 10 menit lamanya 40 detik)

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:112) :

- a) Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

R/Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan agar ibu dan keluarga tahu tentang kondisinya saat ini.

- b) Persiapan perlengkapan alat dan obat-obatan yang dibutuhkan

R/Dengan melakukan persiapan terlebih dahulu akan mempermudah apabila terjadi masalah saat persalinan.

- c) Melakukan pemantauan kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin pada lembar partograf

R/ Agar mengetahui kondisi pasien dan mendeteksi kemungkinan terjadinya komplikasi.

- d) Anjurkan ibu untuk melakukan posisi miring kiri

R/ Agar suplai oksigen lebih mudah dan mempercepat proses penurunan kepala.

- e) Menganjurkan ibu untuk mengosongkan kandung

kemih R/ Dengan mengosongkan kandung kemih, tidak akan mengganggu penurunan kepala janin.

b. 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 (2008:116) :

- 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) Kala II lama

Tujuan : Kala II lama tidak terjadi

Kriteria :

- a) Posisi janin normal/ presentasi kepala

- b) Pada primigravida berlangsung 1,5 jam dan multigravida berlangsung 30 menit
- c) Kontraksi teratur (lebih dari 3 dalam 10 menit lamanya 40 detik)

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:121):

a) Hitung TBJ

R/untuk memperkirakan proses

b) Mengajarkan ibu cara-cara mengejan yang benar bila ada his

R/dapat membantu penurunan kepala

c) Kontrol DJJ antara 2 his penurunan kepala dan keadaan umum ibu

R/ mengetahui fetal distress dan mengetahui kemajuan persalinan

d) Pimpin ibu untuk mengejan saat puncak his

R/ dengan kekuatan mengejan yang benar akan mendapat hasil optimal/ bayi segera lahir

2) Kram Tungkai (Varney, 2007:439)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria : Sirkulasi darah lancar.

Intervensi menurut Varney (2007:440):

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.

c. 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/ K1 dapat mencegah perdarahan intrakranial.

e) Berikan salep mata

R/ Salep mata sebagai profilaksis.

d. Masalah Pada Kala III :

1) Retensio plasenta (Wiknjosastro,2008:98-100).

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa placenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008:101):

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.

(3) Dampingi ibu ke tempat rujukan.

(4) 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 (2008:101) :

a) Palpasi uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi.

b) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan

plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

c) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta.

d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta.

e. Masalah Pada Kala IV :

1) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008:104).

Tujuan : Atonia uteri dapat teratasi

Kriteria:

a) Kontraksi uterus baik, keras dan bundar

b) Perdarahan < 500 cc

Intervensi :

Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBI) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang.

a) 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.

b) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI.

c) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

d) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

2) Robekan vagina, perineum atau serviks (Wiknjsastro, 2008:107)

Tujuan : Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi.

Kriteria :

a) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

b) Perdarahan <500 cc.

Intervensi menurut Wiknjsastro (2008:112) :

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.

#### IV. Implementasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural

- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*Inform consent*)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien
- e. Menjaga privacy klien/pasien
- f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- i. Melakukan tindakan sesuai standar
- j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

#### V. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar

Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/pasien

## VI. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

### 2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

#### I. Pengkajian data

##### a. Data subjektif

##### 1) Identitas

##### a) Nama Klien

Digunakan untuk membedakan antar klien yang satu dengan yang lainnya.

##### b) Umur

Untuk mengetahui masa reproduksi klien beresiko tinggi atau tidak, < 16 tahun atau >35 tahun.

##### c) Suku/ bangsa

Untuk menentukan adat istiadat atau kebudayaanya

##### d) Agama

Untuk memberikan dukungan pada ibu selama memberi asuhan.

##### e) Pekerjaan

Pekerjaan ibu yang berat bisa mengakibatkan ibu kelelahan secara tidak langsung dapat menyebabkan involusi dan laktasi terganggu sehingga masa nifas pun jadi terganggu pada ibu nifas normal.

##### f) Alamat

Untuk mengetahui keadaan lingkungan dan tempat tinggal (Marmi, 2011:124).

## 2) Keluhan utama

Menurut Varney *et all* (2008:549-550), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

### a) *After pain*

Nyeri setelah kelahiran disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi adalah disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

### b) Keringat berlebih

Wanita pascapartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan.

### c) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke- 3

pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum atau episiotomi derajat tiga atau empat.

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi trauma dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan.

3) 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 (Manuaba, 2010:133). Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan lagi haidnya selama meneteki (Saifuddin, 2006:121).

b) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2012:134).

c) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2006:98). 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, 2010:142).

4) Riwayat kesehatan

a) Anemia

Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan : terjadi sub involusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekomposisi kordis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:114).

b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:115).

c) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk Lues Kongenital (Pemfigus Sifilitus, Deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi) (Manuaba, 2010:118).

d) Penyakit asma

Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran  $O_2$  dan  $CO_2$  (Manuaba, 2010:125).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2012:128):

(a) 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.

(b) Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI. Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung.

5) Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu menyusui memerlukan kalori +700 kalori pada 6 bulan pertama kemudian +500 kalori bulan selanjutnya (Marmi, 2014:66-69).

b) Eliminasi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena spinter uretra tertekan oleh kapala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spinter ani selama persalinan, atau dikarenakan oedem kandung kemih selama persalinan. Ibu diharapkan dapat BAK sekitar 3-4 hari postpartum. Apabila mengalami kesulitan BAB atau obstipasi berikan rangsangan per oral atau per rektal atau lakukan klisma bilamana perlu (Marmi, 2014:39).

c) Istirahat

Kebutuhan istirahat sangat diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu frustasi bahkan depresi

apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Masa nifas sangat erat kaitannya dengan gangguan pola tidur yang dialami ibu, terutama segera setelah melahirkan. Pada tiga hari pertama dapat menjadi hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul pada luka perineum. Secara teoritis, pola tidur akan mendekati normal dalam 2 sampai 3 minggu setelah persalinan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu nifas 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 (Saifudin, 2009:75).

d) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2009:79).

e) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah berhenti dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari ke dalam vagina tanpa nyeri, aman untuk memulai

hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Namun banyak budaya yang menunda hubungan suami istri sampai 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan (Saifudin, 2012:10-12).

b. Data obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Kesadaran, komposmetis (Manuaba, 2010:314).

b) Tanda-tanda vital

(1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2007:333-335).

(2) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini.

Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2007:336).

### (3) Suhu

Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2007:338).

### (4) Pernafasan

Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney, 2007:338).

#### 2) Pemeriksaan fisik

##### a) Kepala

Rambut: bersih atau kotor, pertumbuhan warna mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:156).

##### b) Wajah

Bentuk simetris, tampak sembab atau tidak, tidak pucat, tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011:156).

##### c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda. Sklera normal berwarna putih (Marmi, 2010:219).

## d) Leher

- a. Kelenjar tyroid da pembesaran atau tidak
  - b. Kelenjar getah bening ada pembesaran atau tidak
- (Marmi, 2010:161).

## e) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2006:90-94).

Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, 2007:317).

## f) Abdomen

Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2006:95).

Menurut Varney (2007), pemeriksaan abdomen pascapartum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut :

## (a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi ini dapat

mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

(b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

(c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis.

Penentuan jumlah diastasis rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*rektus abdominis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen berkontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

1. Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.

2. Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain.

3. Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya,karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

4. Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari andadengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat karet, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia diastasisnya lebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisi kesisi dalam upaya menemukan otot tersebut,meskipun otot sudah dikontraksikan.

5. Ukur jarak antara dua otot rektus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus.
6. Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadapi satu sama lain pada garis tengah abdomen.
7. Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur.
8. Ketika wanita menurunkan kepalanya otot rektus akan bergerak lebih jauh memisah dan kurang dapat dibedakan ketika otot relaksasi. Ujung-ujung jari anda menutupi otot rektus ketika otot tersebut bergerak memisahkan kesisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasadat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi

otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi.

9. Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana anda mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus.

10. Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut:  $\text{diastasis} = \frac{2}{5}$  jari. Rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut:  $\text{diastasis} = \text{dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi}$ .

#### 11. Genetalia

Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokia (Varney, 2007:323). Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran

loka. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2006:112-120).

## 12. Ekstremitas

Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2012:57).

### 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 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba, 2010:339).

### 4) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas yaitu :

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.

- b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Marmi, 2011:170-173).

## II. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa P...A... hari ... post partum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Marmi, 2011). P<sub>APIAH</sub>, post partum hari ke ...., laktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembangkakan payudara (Varney, 2007:301-307).

## III. Intervensi

Diagnosa : P<sub>APIAH</sub>, post partum normal dengan keadaan umum ibu baik atau tidak baik (Marmi,2011:79).

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi

Kriteria : Menurut (Manuaba, 2010:377) adalah:

- a. Keadaan umum : kesadaran komposmetis.
- b. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- c. Tanda-tanda vital:

TD : 120/80mmHg

N : 80-100 x/menit

S : 36,40-37,40<sup>0</sup>C

RR : 16-20x/menit (Marmi,2011:88).

d. Laktasi normal

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali diproduksi oleh kelenjar payudara ibu yang baru melahirkan dihasilkan dalam waktu 24 jam pertama setelah melahirkan, berwarna kuning atau jernih. ASI mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, ASI juga mengandung zat anti-infeksi, bayi akan terlindung dari berbagai macam infeksi (Ambarwati, 2010:134).

e. Involusi uterus normal

Tabel 2.12

Involusi uterus

Waktu involusi	Tinggi fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter uterus
Plasenta lahir	Sepusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari	Pertengahan pusat-simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari	Tidak teraba	350 gram	5 cm
42 hari	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Marmi, 2011:89

f. Lochea normal

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna, merah dan hitam. lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah. lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan. lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba, 2010:297).

Intervensi:

- a. Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea.

R/ Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2006:162).

b. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R/Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:162).

c. Jelaskan pada ibu mengenai senam pascapersalinan (senam nifas)

R/Latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012:57-58).

d. Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012:60).

e. Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R/Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:97-98).

a) Masalah 1 : Gangguan eliminasi BAB (konstipasi) sehubungan dengan cemas karena terdapat luka jahitan

Tujuan : Eliminasi BAB terjadi secara normal dan lancar

Kriteria :

- (a) Ibu tidak takut dan merasakan sakit pada saat BAB
- (b) tidak mengganggu aktivitas dan istirahat
- (c) ibu dapat BAB pada hari ke 2-3

(d) ibu BAB 1-2 kali sehari, konsistensi lunak.

Intervensi menurut (Eny, 2010:102), antara lain :

1) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi BAB

R/ Ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

2) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan memperbanyak air putih

R/ Makanan berserat dapat memperlancar BAB

3) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

R/ Dengan istirahat cukup otot dalam tubuh dapat rileks dan melancarkan sistem pencernaan

4) Berikan laksatif bila konstipasi parah

R/ Laksatif dapat melunakan feses sehingga feses bisa keluar.

b) Masalah 2 : Retensio Urineri

Tujuan : Eliminasi BAK terjadi secara normal dan lancar

(a) Inspeksi luka perineum/SC

(b) Cemas

(c) Payudara

(d) KPJ

Kriteria :

(1) Ibu tidak takut dan merasakan sakit pada saat BAK

(2) ibu dapat BAK spontan setiap 3-4 jam

Intervensi menurut Eny (2010:106) antara lain :

- 1) Dirangsang dengan mengalirkan air didekat pasien  
R/ Untuk merangsang ibu supaya ingin BAK
- 2) Mengompres menggunakan air hangat diatas simpisis  
R/Merangsang BAK

c) Masalah 3 : putting susu lecet

Tujuan : Setelah diberikan asuhan,retakan pada putting susu akan sembuh dalam 48 jam.

Kriteria : Rasa sakit/perih pada puting ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Marmi (2010:171) antara lain :

- 1) Observasi pada putting yang lecet  
R/Untuk mengkaji luka/lecet dan mengetahui adanya infeksi.
- 2) Anjurkan ibu untuk membersihkan putting susu dan tidak boleh terkena sabun, krim, odol, alcohol ataupun zat iritan lain.

R/Mengurangi sedikit rasa perih pada luka putting ibu.

3) Ajarkan ibu tentang cara menyusui yang benar.

R/Ibu bisa menyusui secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

### III. Implementasi

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan
- b. Menganjurkan ibu untuk istirahat cukup dan untuk memulihkan tenaganya
- c. Menjelaskan pada ibu akibat kurang istirahat akan mengurangi produksi ASI dan memperbanyak perdarahan yang dapat menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri
- d. Menganjurkan ibu untuk mobilisasi secara bertahap
- e. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri terutama daerah perineum yaitu dibersihkan dengan air bersih dan sabun, mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari
- f. Memberikan tentang penjelasan manfaat asi yang mengandung bahan yang diperlukan oleh bayi, mudah dicerna, memberikan perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih, siap untuk minum dan hemat biaya
- g. Memberikan konseling tentang perawatan payudara yaitu menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu, menggunakan BH yang menyokong payudara, apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting setiap kali menyusui
- h. Memberitahu ibu untuk makan yang banyak dan bergizi seperti lauk pauk dan sayur-sayuran agar produksi air susu tetap banyak

- i. Memberikan ibu terapi tablet tambah darah, pencegahan perdarahan dan lancer ASI (Marmi, 2010:227).

#### IV. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

#### V. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

#### **2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir**

##### **I. Pengkajian Data**

##### **1. Data subyektif**

##### **1) Biodata bayi dan orang tua**

Semua bayi baru lahir di fasilitas kesehatan harus segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan pada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi. Gelang pengenal berisi identitas ibu dan ayah, tanggal, jam lahir dan jenis kelamin (Kemenkes RI, 2011).

##### **2) Keluhan utama**

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi lapar, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010:205).

### 3) Pola kebiasaan sehari-hari

#### (1) Nutrisi

Bayi kemungkinan akan lapar setiap 2-4 jam sepanjang hari. Hendaknya bayi dibangunkan setiap 3-4 jam untuk diberi makan. Bayi hanya memerlukan ASI selama 6 bulan pertama. Memberi bayi makanan lain, tidak akan membuat bayi tidur nyenyak, melainkan akan menimbulkan alergi. Bantu bayi untuk bersendawa setiap kali selesai minum ASI (Varney, 2008:507).

#### (2) Eliminasi

Proses pengeluaran defekasi dan urine terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensi agak lembek, berwarna hitam kehijauan. selain itu diperiksa juga urine yang normalnya berwarna kuning (Sondakh, 2013:51).

#### (3) Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blok waktu 45 menit sampai 2 jam. Ketidakteraturan sudah menjadi aturan. Mencoba untuk mendapatkan jadwal tidur bayi biasanya tidak berhasil (Walsh, 2007:368).

## (4) Aktivitas

Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam perhari, tergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan stimulasi berlebihan (Walsh, 2007:368).

## (5) Personal hygiene

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan, dermatitis popok, dan memperburuk *cradle cap* (Walsh, 2007:368).

## 4) Riwayat psikososial

Kontak awal ibu dengan bayi setelah kelahiran melalui sentuhan, kontak mata, suara, aroma, bioritme akan terbentuk ikatan kasih sayang antara bayi dan orang tua (Marmi, 2011:207).

## 2. Data Obyektif

1) Keadaan umum bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras (Wiknjosastro, 2006:135).

## 2) Tanda-tanda vital

(1) Nadi

Frekuensi jantung bayi cepat, sekitar 120-160 kali per menit (Marmi, 2014:114).

(2) Suhu

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya  $1^{\circ}$  lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu  $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$  (Walsh, 2007:370).

(3) Pernapasan

Bayi baru lahir selama satu menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi.

Pernapasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat dari waktu ke waktu, kondisi itu normal. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi (Sifuddin, 2009:138). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen (Varney, 2007:717).

3) Antropometri

(1) Panjang badan

Panjang badan bayi baru lahir normalnya 48-52 cm (Marmi, 2014:213).

(2) Berat badan

Berat badan bayi baru lahir rata-rata adalah 2500 - 4000 gram (Marmi, 2014:214).

(3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran muka belakang dan ukuran melintang Manuaba (2010), Ukuran muka belakang dibagi menjadi 5 antara lain:

- a. Diameter suboksipito bregmatika 9,5 cm.  
Lingkar (sirkumferensia) suboksipito bregmatika 32 cm.
- b. Diameter suboksipito frontalis 11 cm.
- c. Diameter fronto oksipitalis 12 cm. Lingkar oksipito frontalis 34 cm.
- d. Diameter mentop oksipitalis 13,5 cm.  
Lingkar mento oksipitalis 35 cm.
- e. Diameter submento bregmatika 9,5 cm.  
Lingkar submento bregmatika 32 cm.

Ukuran melintang dibagi menjadi 2 antara lain:

- a. Diameter biparietalis 9 cm.
- b. Diameter bitemporalis 8 cm.

Jika ukuran kepala terlalu besar kemungkinan bayi mengalami makrosefalus, dan jika ukuran kepala terlalu kecil

kemungkinan bayi mengalami mikrosefalus (Manuaba, 2010).

- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar lengan 11-12 cm (Vivian , 2010:12-15).

#### 4) Pemeriksaan fisik

##### (1) Kepala

Diraba sepanjang garis sutura dan fontanel, apakah ukuran dan tambilan normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Pada kelahiran spontan letak kepala, sering terlihat tulang kepala tumpang tindih yang disebut moulding atau molase. Keadaan ini normal kembali setelah beberapa hari sehingga ubun-ubun mudah diraba. Perhatikan ukuran dan ketegangannya. Fontanel anterior harus diraba, fontanel yang besar dapat terjadi akibat prematuritas atau hidrosepalus, sedangkan yang terlalu kecil terjadi pada mikrosefaling, jika fontanel menonjol, hal ini diakibatkan peningkatan tekanan intracranial, sedangkan yang cekung dapat diakibatkan dehidrasi. Terkadang teraba fontanel ketiga antara

fontanel anterior dan posterior, hal ini terjadi karena adanya trisomi 21. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya, caput sukta denuk, sepal hematoma, perdarahan subdural atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan congenital seperti anensifali, mikrosefali, kraniotabes dan sebagainya (Marmi, 2014:220).

### (2) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi diintrauteri. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom down atau sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresis dan fasialis (Marmi, 2014:221).

### (3) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka.

- a. Periksa jumlah, posisi atau letak mata
- b. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang tidak sempurna

- c. Periksa adanya glaucoma konginetal, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea
- d. Katarak konginetal akan mudah terlihat yaitu pupil berwarna putih, pupil harus terlihat bulat, terkadang ditemukan seperti bentuk lubang kunci yang dapat mengindikasikan adanya deflekratina
- e. Periksa adanya trauma seperti palpebra, perdarahan konjungtiva atau retina.
- f. Periksa adanya secret pada mata konjungtifitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia yang menyebabkan kebutaan
- g. Apabila ditemukan epichamtus melebar kemungkinan bayi mengalami sindrom down (Marmi, 2014:221-224).

#### (4) Hidung

Pada pemeriksaan hidung dikaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Bayi harus bernafas dengan hidung, jika melalui mulut harus diperhatikan kemungkinan ada obstruksi jalan nafas karena

atresia koana bilateral, fraktur tulang hidung atau ensefalokel yang menonjol ke nasofaring, hal ini kemungkinan karena adanya sifilis kongental (Marmi, 2014:224).

#### (5) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2007:302).

#### (6) Telinga

Telinga harua menempel pada titik garis horizontal dari kantung luar mata. Kartilago keras dan berkambang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian ke arah suara yang dikenalnya (Walsh, 2007:302).

#### (7) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran tiroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2007:302). Leher bayi biasanya pendek dan harus

diperiksa kesimetrisannya. Pergerakan harus baik.

Jika terdapat keterbatasan pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan

kerusakan pada fleksus brakhealis (Marmi, 2014:224).

(8) Dada

a. Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas, apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan

b. Pada bayi cukup bulan, puting susu cepat terbentuk dengan baik dan tamoak simetris

c. Payudara tampak membesar tapi ini normal (Marmi, 2014:229)

(9) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat pada beberapa neonatus sehat.

Neonatus yang pernah terpajan pada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2007:335).

(10) Abdomen

- a. Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan
- b. Jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragma. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya
- c. Jika perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis fekalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2014:226).

#### (11) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksa dapat menginspeksi lipatan gluteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis (Walsh, 2007:339).

#### (12) Genitalia

Pada bayi perempuan, terdapat tonjolan labia mayora, minora, dan klitoris. Kemungkinan

ada mukoid atau sedikit rabas darah yang terlihat pada usia 2-7 hari, akibat efek sementara dari estrogen ibu. Pada neonatus laki-laki lokasi meatus uretra harus tepat diujung penis. Hipospadia menunjukkan meatus ada di ventral. Epispadia menggambarkan meatus terletak dorsal. Kulup normalnya melekat pada glans, dan retraksi tidak boleh dilakukan. Skrotum mungkin mengalami edema atau pembesaran. Hidrokel (cairan disekitar testis) umum terjadi dan biasanya menghilang pada usia 1 tahun 9 (Walsh, 2007:339)

(13) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya *mekonium plug syndrom*, *megakolon* atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014:235).

(14) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh

secara umum. Tungkai harus simetris, terdapat 10 jari, telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sendiktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari dan pada bayi aterm, kuku ini meluas sampai ujung jari.

Bayi normal lahir dengan refleks menggenggam yang kuat, dan ekstremitas atas difleksikan satu sama lain dengan tonus baik ketika bayi dalam status terjaga tenang (Walsh, 2007:359).

#### 5) Pemeriksaan penunjang

##### (1) Refleks *glabella*

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata 4-5 ketukan pertama.

##### (2) Refleks menghisap

Benda menyentuh bibir disertai reflek menelan tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat dilihat

pada bayi menyusui Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap.

(3) Reflek *rooting* / mencari

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi.

Misalnya: mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi menolehkan kepalanya ke jari kita dan membuka mulutnya.

(4) Reflek genggam / palmar grabs

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan jentel, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak bayi ditekan, bayi mengepalkan tinjunya.

(5) Refleks babinsky

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakan sepanjang arah kaki bayi akan menunjukkan respon berubah semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

(6) Reflek moro

Timbulnya gerakan simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan bertepuk tangan.

(7) Reflek melangkah

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras.

(8) Reflek merangkak

Bayi akan berusaha merangkak kedepan dengan dua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar.

(9) Reflek tonicnag atau fanching ekstremitas

pada suatu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat respon ini dapat tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir yang terlahir (Marmi, 2014:246).

III. Diagnosa Kebidanan

Menurut Kemenkes RI (2011) perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kreteria perumusan diagnosa dan atau masalah adalah:

- 1) Diagnosa 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, bercak mongol, hemangioma, ikterik, muntah dan gumoh, oral thrush, diaperash, seborrhea, bisulan, milliarasi, diare, obstipasi, infeksi dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014:209-211).

#### IV. Intervensi

Diagnosa: Menurut Sondakh (2013), diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir norma, umur... jam, bayi baru lahir tanggal... dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus otot baik, BB(2500-400 gram), PB (48-52 cm). Tujuan: bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi (Sondakh, 2013:209-214).

##### 1) Kreteria:

- (1) Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis kuat, minum ASI *on demand*

(Wiknojosastro, 2006:174)

- (2) Nadi 120-160 kali per menit (Marmi, 2014)

- (3) Suhu bayi 36,5-37,5<sup>0</sup>C (Marmi, 2014)

(4) Frekuensi pernapasan rata-rata 40 kali per menit, rentang 30-60 kali per menit (Varney, 2007)

(5) Berat badan 2500 – 4000 gram (Sondakh, 2013:218)

2) Intervensi :

(1) Lakukan informed consent

R/ informed consent merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

(2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang.

(3) Beri identitas bayi

R/ identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan.

(4) Bungkus bayi dengan kain kering yang lembut

R/ membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi.

(5) Rawat tali pusat dengan membungkus dengan kassa

R/ tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi.

(6) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi.

(7) Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung, dan respirasi setiap jam

R/ deteksi dini terhadap terjadinya komplikasi.

(8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAK/BAB

R/ segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas..

(9) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/ kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari.

(10) Anjurkan ibu cara menyusui yang benar maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak

R/ dengan posisi menyusui yang benar maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak. (Sondakh, 2013:237).

3) Masalah 1 : Resiko hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kreteria :

(1) Kadar glukosa dalam darah  $\geq$ mg/dL

- (2) Bayi tidak kejang, tidak latargi, pernapasan teratur, kulit kemerahan, tidak pucat, minum ASI adekuat, tangis kuat dan normotermi.

Intervensi Marmi (2010:180-182) :

- 1) Kaji bayi baru lahir dan cacat setiap faktor resiko.

R/ bayi preterm, bayi dari ibu diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- 2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah lahir.

R/ bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

- 3) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R/ Tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- 4) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10% bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

5) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat, dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal.

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

4) Masalah 2 : Resiko Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

(1) Suhu bayi 36,5-37,5°C (Marmi, 2014:207)

(2) bayi menetap kuat, tidak,lesu, akralhangat, denyut jantung bayi 120- 160 kali/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009:97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012:69) :

(1) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R/ penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

(2) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R/ selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

(3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi dan 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 di dekat 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 bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

5) Masalah 3 : Risiko Ikterik Fisiologis

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

- (1) Kadar bilirubin serum  $\leq 12,9$  mg/dL
- (2) Timbul pada hari kedua dan ketiga setelah bayi lahir
- (3) Kulit bayi berwarna kemerahan, mukosa, sklera, dan urin tidak berwarna kekuning-kuningan

Intervensi menurut Marmi (2012:77-79) :

(1) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R/ riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu,

sulfonadima, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amniom berwarna kuning (indikasi penyakit hermolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

(2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R/ pola penerimaan ASI ysng buruk, latargi, gemetar, menangis kencang dantidask adanya refleks *morro* merupakan tanda-tanda awal enselopati bilirubin (kernikterus).

(3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ kolostrum sebagai pembersih selaput usus BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan.

(4) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R/ menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

5) Masalah 4 : seborrea

Tujuan : seborrea tidak terjadi

Kreteria :

(1) Cuaca dingin

- (2) Jarang mencuci rambut
- (3) Pemakaian lotion yang mengandung alkohol

Intervensi menurut Marmi (2012:82-83) :

- (1) Menyelimuti bayi dan memakaikan baju

R/ menjaga suhu bayi tetap hangat.

- (2) Memberikan obat-obat topikal seperti sampho yang tidak berbusa

R/ mengeramasi bayi sampai 2-3 kali seminggu.

- (3) Memberikan cream selanium sulfida/ HG presipitatus albus 2%

R/ memberikan salep sehari 3 kali setelah mandi.

#### V. Impementasi

- 1) Merawat bayi diruang hangat dengan membungkus bayi dengan selimut dan meletakkan bayi dalam incubator/ dekatkan di sisi ibu.
- 2) Merawat bayi dengan teknik aseptic dan antiseptic, mencuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.
- 3) Melakukan dan mengajarkan kepada ibu cara merawat tali pusat dengan steril dengan kasa kering dan steril.
- 4) Mengajari ibu cara menyusui yang benar
  - (1) Bayi menghisap pelan tapi kuat dan mulut membuka lebar

- (2) Putting sampai sebagian aerola payudara ibu masuk ke mulut bayi
- (3) Dada bayi menempel pada payudara atau dada ibu
- (4) Tangan dan telinga dalam posisi lurus
- 5) Menganjurkan ibu menyusui bayinya sesering mungkin
- 6) Melakukan perawatan bayi sehari-hari
  - (1) Mengganti popok bayi ketika basah karena BAB dan BAK
  - (2) Memandikan bayi dua kali sehari
  - (3) Merawat tali pusat dengan kasa steril kering tanpa alcohol
- 7) Menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir
  - (1) Tidak dapat menyusu, hisapan lemah, mengantuk berlebih, banyak muntah
  - (2) Nafas cepat/lebih dari 60 kali per menit
  - (3) Susah untuk di bangunkan atau lemas
  - (4) Sering merintih
  - (5) Suhu tubuh  $<36,5^{\circ}$  atau  $>36,5^{\circ}$
  - (6) Warna kulit kuning (terutama timbul dalam waktu 24 jam pertama)
  - (7) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan/ nanah, bau busuk
  - (8) Demam

(9) Mata bayi memerah, memarah (trauma saat lahir)

#### VI. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

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

#### V. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 2) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- 3) O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 4) A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 5) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

### **2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana**

#### **I. Pengkajian data**

##### **1. Data subyektif**

##### **a. Identitas**

##### **1) Nama**

Untuk dapat mengenal atau mengenali nama ibu dan untuk mencegah kekeliruan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011:131)

2) 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 (Saifuddin, 2006:129-130).

3) Agama

Informasi mengenai agama dapat digunakan untuk menuntun diskusi tentang tradisi keagamaan dalam kehamilan dan persalinan. Tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jenis kelamin, dan pada beberapa kasus penggunaan produk darah (Marmi,2011:60-63)

4) 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).

5) Pekerjaan

Pekerjaan seperti pelukis, pemahat, pembuat keramik mengandung risiko karena materi yang digunakan dalam

kegiatan seni dan kerajinan tangan dapat mengandung silikon, talek, pelarut dan logam berat (Marmi, 2011:155). Bekerja di pabrik rokok dan pencetakan ada pengaruh terdapat kehamilan (Romauli, 2011:137).

b. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca salin menurut Saifuddin (2012:118-119) adalah:

- 1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- 2) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

c. Alasan kunjungan

Alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hani dkk, 2010:49-51).

d. Riwayat kebidanan

1) Riwayat menstruasi

Menurut (Marmi, 2014:283):

- a) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas, yaitu 12 – 16 tahun, rata-rata 12,5 tahun.

b) Siklus haid

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

c) Hari pertama haid terakhir

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

e. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan 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, 2009:116-117).

f. Riwayat persalinan yang lalu

Persalinan yang aterm, persalinan yang premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan (dengan forcep, atau dengan SC), riwayat perdarahan pada kehamilan. Sebelumnya, hipertensi disebabkan kehamilan pada kehamilan sebelumnya, berat bayi sebelumnya  $\geq 2500$  atau  $>4000$ , masalah-masalah lain yang dialami, riwayat kebidanan yang lalu membantu dalam mengelola asuhan pada kehamilan ini (konseling khusus, test, tindak lanjut, dan rencana persalinan) (Rukiyah, 2009:118).

g. Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$ . Bila terjadi peningkatan melebihi  $38^{\circ}\text{C}$  berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:579).

h. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implant, AKDR) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015:71-74).

i. Pola kebiasaan sehari-hari

1. Nutrisi

KB Hormonal (Implan, suntik, pil) merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak daripada biasanya (Hartanto, 2015:78).

2. Eliminasi

a) BAK

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena spingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulo spingter ani selama persalinan, atau dikarenakan odema kandung kemih selama persalinan. Lakukan kateterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih.

b) BAB

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari postpartum apabila mengalami kesulitan BAB atau konstipasi, lakukan diet teratur; cukup cairan; konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat rangsangan oral atau perrektal atau lakukan klisma bila diperlukan (Marmi, 2011:171).

c) Kebersihan diri

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia, karena pada masa nifas masih mengeluarkan lochea (Ambarwati, 2010:132). Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi

pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012:270).

d) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur, kebiasaan sebelum tidur, misalnya membaca, mendengarkan music, kebiasaan mengkonsumsi obat tidur, kebiasaan tidur siang, penggunaan waktu luang (Ambarwati, 2010:157).

e) Aktivitas

Menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Pada pola ini perlu dikaji pengaruh aktivitas terhadap kesehatannya. Mobilisasi sedini mungkin dapat mempercepat proses pengembalian alat-alat reproduksi (Ambarwati, 2010:157).

f) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2006:77). Pada kontrasepsi suntik progestin diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid, tetapi jika akseptor terlambat diberikan sesudah haid 7 hari, maka akseptor perlu menggunakan metode kontrasepsi lain (kondom) selama 7 hari bila

melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2006:78). Pada akseptor implan sebaiknya dipasang pada saat haid hari ke-2 hingga hari ke-7. Lebih dari itu akseptor KB implan perlu adanya penggunaan kontrasepsi tambahan selama 7 hari bila melakukan hubungan seksual (Saifuddin, 2006:78-79).

j. Keadaan psikologis

1) Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum (Saifuddin, 2012:153).

2) Sifat khas kontrasepsi hormonal dengan komponen estrogen menyebabkan pemakaiannya mudah tersinggung dan tegang (Manuaba, 2010:375).

k. Latar belakang sosial budaya

Mengkaji apakah suami mendukung ibu untuk menggunakan KB dan sama sekali tidak ada larangan untuk pemakaian KB dalam mengambil keputusan diambil secara bersama. Tidak ada budaya setempat yang menghambat ibu dalam pemakaian alat kontrasepsi (Manuaba,2010:375).

2. Data obyektif

a. Pemeriksaan umum

(1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan oleh wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg

(Saifuddin, 2012:128). Denyut nadi irreguler tidak dianjurkan memakai KB implan (Saifuddin, 2012:128-129)

b. Pemeriksaan antropometri

a) Berat badan

Salah satu keterbatasan kontrasepsi hormonal yaitu terjadi peningkatan/penurunan berat badan (Saifuddin, 2012:129).

c. Pemeriksaan fisik

(1) Muka

Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik pre-eklamsi (Varney, 2008:476).

Preeklamsi berpengaruh terhadap tekanan darah sehingga ibu yang memiliki tekanan darah  $>180/110$  mmHg tidak disarankan menggunakan jenis KB pil kombinasi (Saifuddin, 2006:201) dan suntikan kombinasi, tetapi untuk yang memiliki tekanan darah  $<180/110$  mmHg dapat diberikan KB suntikan kombinasi namun perlu dilakukan pengawasan khusus (Saifuddin, 2006:201).

(2) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sedangkan normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan as

conjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsi (Romauli, 2011:168).

(3) Payudara

Terdapat benjolan/kanker payudara/riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implan maupun progestin (Saifuddin, 2012:131).

(4) Abdomen

Bekas luka operasi: untuk mengetahui apakah pernah SC atau operasi lain. Konsistensi: keras atau tidak, benjolan ada atau tidak. Pembesaran lien (liver): ada atau tidak (Marmi, 2011:176).

(5) Genetalia

Dikaji apakah adanya condiloma acuminata dan diraba adanya infeksi kelenjar bartholini dan kelenjar skene atau tidak (Saifuddin, 2012:134). DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenorhea (Hartanto, 2015:170-173).

(6) Ekstremitas

Lokasi yang biasa digunakan untuk penanaman kapsul implant adalah bagian dalam lengan atau yang tidak dominan, walaupun implant sebenarnya dapat dimasukkan di bagian tubuh lain (misal bokong, abdomen bagian bawah, tungkai bawah), lengan atau bagian dalam

merupakan area tubuh yang dilindungi, mudah dijangkau untuk memasang dan kembali melepas implant, tidak terlalu terlihat oleh orang lain, tetapi dapat dilihat dan mudah dijangkau oleh klien saat melakukan perawatan pascainsersi dan pascapelepasan (Varney, 2007:503).

## II. Diagnosa Kebidanan

Menurut kemenkes RI (2011) perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kreteria perumusan diagnosa dan atau masalah adalah:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan dengankondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

Contoh diagnosa kebidanan pada asuhan persalinan kebidanan pada calon peserta KB paskasalin  $P \geq 1$ , umur 15-49 tahun, anak terkecil usia....., calon peserta KB paska salin, belum ada pilihan tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

## III. Intervensi

Diagnosa :  $P \geq 1$ , umur 15-49 tahun, anak terkecil usia...., calon peserta KB paska salin belum ada pilihan, tanpa kontraindilasi, keadaan umum baik.

Tujuan : ibu menggunakan salah satu metode kontasepsi pascapersalinan

Kreteria menurut Saifuddin (2012:147-148) :

1. Ibu dapat memilih KB yang sesuai dengan keinginan dan kondisinya
2. Setelah dilakukan asuhan kebidanan, keadaan akseptor baik dan kooperatif
3. Ibu dapat menggunakan alat kontrasepsi

Intervensi menurut Saifuddin (2012:148) adalah sebagai berikut :

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.  
R/ menyakinkan klien membangun asa percaya diri.
2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya)  
R/ mengetahui indikasi dan adanya kontradikasi dalam pemakaian alat kontrasepsi.
3. Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, melalui jenis, cara kerja, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi, dan kontradikasi.

R/ pengetahuan jenis, cara kerja, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi dan kontradikasi, dapat mengubah cara pandang klien mengenai dirinya, harga dirinya, dan lain-lain yang berkaitan serta masa depannya sehingga klien dapat

menghargai, menerima keadaan dirinya dan dapat mengambil keputusan. Berikut adalah jenis kontrasepsi, melalui jenis, cara kerja, keuntungan, kerugian, efektivitas, indikasi, dan kontradikasinya :

1) MAL

Konseling KB MAL menurut Saifuddin (2006:208) adalah:

- (1) Anjuran klien memberi ASI eksklusif kepada bayi sejak lahir sampai usia 6 bulan.
- (2) Anjurkan klien agar tidak menghentikan ASI untuk mulai suatu metode kontrasepsi
- (3) Jelaskan bahwa metode kontrasepsi pada klien menyusui dipilih agar tidak mempengaruhi ASI atau kesehatan bayi

2) Suntik progestin

Pelayanan kontrasepsi suntikan progestin adalah :

- (1) Berikan kontrasepsi suntikan progestin pada klien
- (2) Jelaskan pada klien tentang efek samping kontrasepsi suntikan progestin dan penanganannya.

Menurut Saifuddin (2006:212), penanganan efek samping dari kontrasepsi suntikan progestin adalah:

- a. Amenoria

Penanganan: Bila tidak hamil, tidak perlu pengobatan. Jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Bila terjadi kehamilan, rujuk klien dan hentikan penyuntikan. Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera. Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan pendarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan, bila tetap terjadi pendarahan, rujuk ke klinik.

b. Pendarahan/perdarahan bercak (spotting)

Penanganan: informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tapi hal ini bukan masalah serius dan biasanya tidak perlu pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikan, maka berikan pengobatan 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35 ug etinilestradion) atau ibuprofen (sampai 800 mg, 3x/hari untuk 5 hari). Jelaskan bahwa setelah pemberian suntikan, berikan tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 ug etinilestradiol atau

1,25 mg estrogen equin konjungsi untuk 14-21 hari

c. Meningkatnya/menurunnya berat badan

Penanganan: Informasikan bahwa kenaikan atau penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat terjadi. Perhatikan diet klien. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.

(3) Anjurkan klien untuk kembali 12 minggu lagi, berikan tanggal pastinya.

(4) Anjurkan klien agar kembali ke klinik sebelum waktu suntik ulang yang dijadwalkan apabila mengalami perdarahan banyak pervaginaan dan terlambat menstruasi ( pada pola haid yang biasanya teratur).

3) Pil progestin

Pelayanan kontrasepsi pil progestin adalah:

(1) Berikan kontrasepsi pil progestin pada klien.

(2) Berikan intruksi pada klien tentang bagaimana menggunakan kontrasepsi pil, efek samping dan penanganannya, masalah atau komplikasi yang mengharuskan klien kembali ke klinik dan apa yang harus dilakukan bila lupa minum pil.

Menurut Saifuddin (2006:219), penanganan efek samping dari kontrasepsi pil progestin adalah :

a. Amenorea

Penanganan: Pastikan hamil atau tidak, bila tidak hamil tidak perlu tindakan khusus, cukup konseling saja. Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, rujuk ke klinik. Bila hamil, hentikan pil dan kehamilan dilanjutkan. Bila diduga kehamilan ektopik, klien perlu dirujuk. Jangan berikan obat-obat hormonal untuk menimbulkan haid karena tidak ada gunanya.

b. Pendarahan tidak teratur/spotting

Penanganan: Bila tidak menimbulkan masalah kesehatan/tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus. Bila klien tidak dapat menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

(3) Diskusikan kunjungan ulang dengan klien

(4) Yakinkan klien untuk kembali setiap saat apabila masih ada pertanyaan atau masalah.

4) IUD

Pelayanan KB IUD adalah:

- (1) Berikan konseling pra pemasangan IUD.
- (1) Jelaskan kemungkinan-kemungkinan efek samping kontrasepsi IUD.
- (2) Jelaskan pada klien bahwa perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan panggul.
- (3) Jelaskan proses pemasangan IUD dan apa yang akan klien rasakan pada saat proses pemasangan dan setelah pemasangan.
- (4) Berikan informed consent.
- (5) Lakukan penapisan calon akseptor KB IUD
- (6) Lakukan pemasangan IUD
- (7) Berikan konseling pasca pemasangan IUD.
- (8) Ajarkan pada klien bagaimana cara memeriksa sendiri benang IUD dan kapan harus dilakukan.
- (9) Jelaskan pada klien apa yang harus dilakukan bila mengalami efek samping.

Menurut Saifuddin (2006:225), penanganan efek samping dari kontrasepsi IUD adalah:

a. Amenorea

Penanganan: priksa apakah sedang hamil. Bila hamil, jangan lepaskan IUD, lakukan konseling dan selidiki penyebab amenorea bila dikehendaki. Bila hamil, sarankan untuk

melepas IUD bila talinya terlihat atau kehamilan <13 minggu. Bila benang tidak terlihat atau kehamilan >13 minggu, IUD jangan dilepaskan. Bila klien sedang hamil dan ingin mempertahankan kehamilannya tanpa melepas IUD, jelaskan adanya resiko kemungkinan terjadinya kegagalan kehamilan dan infeksi, serta perkembangan kehamilan harus lebih diamati dan diperhatikan.

b. Kejang

Penanganan: Pastikan dan tegaskan adanya PRP dan penyebab lain dari kekejangan. Tanggulasi penyebabnya bila ditemukan. Bila tidak ditemukan penyebabnya, beri analgesik untuk sedikit meringankan. Bila klien mengalami kejang berat, lepaskan IUD dan bantu klien menentukan metode kontrasepsi yang lain.

c. Pendarahan vagina yang hebat dan tidak teratur

Penanganan: pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik. Bila tidak ada kelainan patologis, perdarahan berkelanjutan dan perdarahan hebat, lakukan konseling dan pemantauan. Beri ibuprofen (800

mg, 3x sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi 1 (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan). IUD memungkinkan dilepaska bila klien menghendaki. Bila klien telah memakai IUD selama >3 bulan dan diketahui menderita anemia (Hb <7 g%), anjurkan untuk melepas IUD dan memilih metod yang seusai.

d. Benang yang hilang

Penanganan: Pastikan adanya kehamilan atau tidak. Tanyakan apakah IUD terlepas. Bila tidak hamil dan IUD tidak terlepas, berikan kondom. Periksa talinya di dalam saluran endoserviks dan kavum uteri ( bila memungkinkan adanya peralatan dan tenaga terlatih) setelah masa haid berikutnya. Bila tidak ditemukan, rujuklah ke dokter. Bila tidak hamil dan IUD yang hilang tidak ditemukan, pasanglah IUD baru atau bantulah klien menentukan metode lain.

e. Adanya pengeluaran cairan dari vagina/dicugai adanya PRP

Penanganan: Pastikan pemeriksaan untuk IMS. Lepaskan IUD bila ditemukan menderita atau

sangat dicurigai menderita gonore atau infeksi klamidia, lakukan pengobatan yang memadai. Bila PRP, obati dan lepas IUD sesudah 48 jam. Bila IUD dikeluarkan, beri metode lain supaya masalahnya teratasi.

(10) Beritahu klien kapan harus datang lagi ke klinik untuk kontrol.

(11) Ingatkan kembali masa pemakaian IUD

(12) Yakinkan pada klien bahwa ia dapat datang ke klinik setiap saat bila memerlukan konsultasi atau ingin mencabut kembali IUD.

(13) Lakukan observasi selama 15 menit sebelum memperbolehkan klien pulang.

#### 5) Tubektomi

Konseling tubektomi menurut (Saifuddin, 2012:307) adalah:

(1) Teliti dengan seksama untuk memastikan bahwa klien telah memenuhi syarat sukarela, bahagia, dan sehat.

(2) Pastikan klien mengenali dan mengerti keperluannya untuk melakukan tubektomi.

(3) Berikan informed consent.

(4) Berikan konseling sebelum pelayanan.

- a. Jelaskan bahwa sebelum prosedur tubektomi akan dilakukan pemeriksaan fisik dan dalam (bimanual)
- b. Lakukan pelapisan calon akseptor kontasepsi tubektomi.
- c. Jelaskan tentang teknik operasi, anestesi lokal, dan kemungkinan asa sakit atau tidak nyaman selama operasi.

(5) Berikan konseling pasca tindakan tubektomi

- a. Jelaskan pada klien untuk menjaga agar daerah luka operasi tetap kering.
- b. Yakinkan klien bahwa ia dapat datang kembali setiap saat bila terjadi nyeri, perdarahan luka operasi atau pervaginam, dan demam.
- c. Jelaskan pada klien kapan senggama dapat dilakukan dan jadwal kunjungan ulang

Intervensi menurut Saifuddin (2012:309) adalah sebagai berikut:

1) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ membantu klien dalam mengambil keputusan

2) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

R/pengetahuan dapat kontrasepsi pilihannya  
mengubah cara pandang pasangan klien mengenai

pasangan, dan lain-lain yang berkaitan serta masa depannya sehingga klien dapat menghargai, menerima keadaan dirinya dan dapat mengambil keputusan.

- 3) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ pengetahuan dapat kontrasepsi pilihannya mengubah cara pandang klien mengenai dirinya, harga dirinya, dan lain-lain yang berkaitan seta masa depannya sehingga klien dapat menghargai, menerima keadaan dirinya dan dapat mengambil keputusan.

- 4) Kaji pengetahuan klien tentang kontrasepsi pilihannya.

R/ mengevaluasi hasil penjelasan petugas.

- 5) Pesankan pada klien untuk melakukan kunjungan ulang sesuai alkon

R/ kunjungan ulang, klien mendapatkan pelayanan KB selanjutnya dan untuk memantau alat kontasepsi yang digunakan.

- 6) Dampingi klien dalam proses penggunaan alat kontrasepsi.

R/ klien mendapatkan pelayanan KB yang sesuai dngn keadaanya.

Potensial Masalah

a. Masalah 1 : *Amenorrhoea*

Tujuan : ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

kriteria : ibu beradaptasi dengan keadaannya.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:232) :

1) Kaji pengetahuan ibu tentang amenorrhoea

R/ mengetahui tingkat pengetahuan ibu

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 kemungkinan kehamilan ektopik lebih besar

b. Masalah 2 : pusing

Tujuan : pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

kriteria : tidak merasa pusing dan mengerti efek samping KB hormonal.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:235) :

(4) Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menegakkan diagnose dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

- (5) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara.

R/ akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

- (6) 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 : ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

kriteria : keluhan ibu terhadap masalah bercak dan spotting

dapat berkurang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:240)

- 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 atau spotting.

- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya  
R/ untuk mengatasi keluhan klien tentang spotting.

#### IV. Implementasi

1. Menjelaskan pada ibu mengenai pengertian kontrasepsi
2. Menjelaskan pada ibu macam-macam kontrasepsi
  - 1) Cara kerja kontrasepsi
  - 2) Efektifitas kontrasepsi
  - 3) Keuntungan kontrasepsi
  - 4) Kerugian kontrasepsi
  - 5) Efek samping kontrasepsi
  - 6) Jadwal kontrasepsi kontrasepsi
3. Memberikan inform consent untuk di tanda tangani ibu.

#### V. Evaluasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan /keluarga
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar  
Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/pasien.

#### VI. Dokumentasi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- c. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- d. O adalah data Objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan. Kolaborasi, evaluasi/ *follow up* dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi, dan dokumentasi diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

