

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP DASAR**

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

###### **A. Definisi kehamilan**

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Saifuddin, 2014). Kehamilan adalah proses dinamis di mana perubahan anatomi dan fisiologis terjadi dari pemupukan hingga partus. Setiap pemberian di atas agen counter memiliki efek yang sangat berbeda tergantung pada tahap perkembangan embrio dan janin (Abdual karem et al, 2017).

kehamilan adalah Fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implementasi. Dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 Trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu ( minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawirohardjo, 2014).

Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin, 2013)

## **B. Klasifikasi Kehamilan**

Menurut Asrinah dkk (2010), periode antepartum dibagi menjadi tiga trimester yaitu:

a. Trimester I berlangsung pada 0 minggu hingga ke-12

Trimester pertama usia kehamilan dimulai saat terjadi pembuahan sperma terhadap sel telur sampai dengan usia 12 minggu dalam trimester pertama ini alat-alat tubuh mulai terbentuk.

b. Trimester II minggu ke-13 sampai dengan minggu ke-27

Trimester kedua usia kehamilan dimulai saat usia 13 – 27 minggu. Dalam trimester kedua ini alat-alat tubuh telah dibentuk tetapi belum sempurna. Bila hasil konsepsi dapat dikeluarkan dari kavum uteri pada kehamilan dibawah 20 minggu disebut abortus.

c. Trimester III minggu ke-28 sampai dengan minggu ke-40

Trimester ketiga atau trimester terakhir adalah sejak kehamilan 28 minggu sampai 40 minggu. Janin yang dilahirkan pada trimester ketiga ini sudah dibentuk sempurna.

## **C. Proses Kehamilan**

Proses kehamilan akan terjadi jika terdapat beberapa hal sebagai berikut:

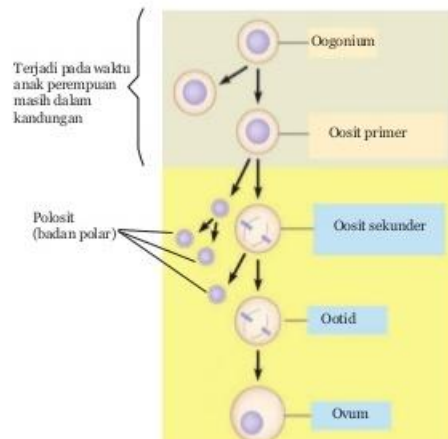
a. Ovum

1) Bisa dibuahi jika sudah melewati fase oogenesis.

- 2) Dikeluarkan oleh ovarim saat fase ovulasi, suatu kali setiap siklus haid dan akan habis jika sudah masuk masa menopause.
- 3) Ovum mempunyai waktu hidup 24-48 jam setelah dikeluarkan dari ovarium.
- 4) Mempunyai lapisan pelindung yaitu sel-sel granulose dan zona pellusida yang harus bisa ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan (Megasari dkk, 2015).
- 5) Oogenesis secara sederhana prosesnya dapat dijelaskan sebagai berikut:
  - a) Oogonium adalah sel induk dari ovum yang terdapat dalam sel folikel yang berada didalam ovarium.
  - b) Oogonium mengalami pembelahan mitosis berubah menjadi oosit primer, yang memiliki 46 kromosom. Oosit primer melakukan meiosis (Tahap I), yang menghasilkan dua sel anak yang ukurannya tidak sama.
  - c) Sel anak yang lebih besar adalah oosit sekunder yang bersifat haploid (n). Ukurannya dapat mencapai ribuan kali lebih besar dari yang lain karena berisi lebih banyak sitoplasma dari oosit primer yang lain.
  - d) Sel anak yang lebih kecil disebut badan polar pertama yang kemudian membelah lagi.
  - e) Oosit sekunder meninggalkan folikel ovarim menuju tuba fallopi. Apabila oosit sekunder dibuahi oleh sel sperma

(fertilisasi), maka akan mengalami pembelahan meiosis yang kedua. Begitu pula dengan badan polar pertama membelah menjadi dua badan polar kedua yang akhirnya mengalami degenerasi. Namun apabila tidak terjadi fertilisasi, menstruasi dengan cepat akan terjadi dan siklus oogenesis diulang kembali.

- f) Selama pembelahan meiosis kedua, oosit kedua menjadi bersifat haploid ( $n$ ) dengan 23 kromosom dan selanjutnya disebut dengan oosit. Ketika inti nukleus sperma dan ovum siap melebur menjadi satu, saat itu juga oosit kemudian mencapai perkembangan akhir atau akhirnya menjadi ovum yang matang. Peristiwa pengeluaran sel telur dikenal dengan istilah ovulasi. Pada setiap ovulasi hanya satu telur yang matang dan dapat hidup 24 jam. Jika ovum yang matang tersebut tidak dibuahi, maka sel telur tersebut akan mati dan luruh bersama dengan dinding rahim pada awal siklus menstruasi (Kuswanti, 2014).

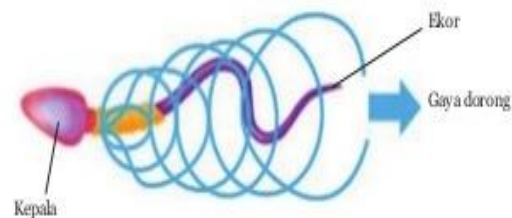


Gambar 2.1  
Proses pembentukan Sel Telur (Oogenesis)  
Sumber: Campbell dkk, 2008.

b. Sperma

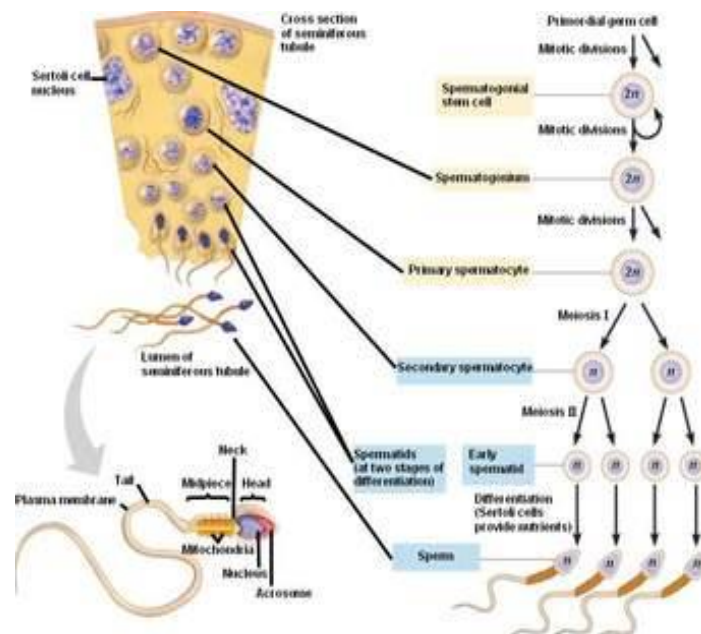
- 1) Dikeluarkan oleh testis dan peristiwa pematangannya disebut spermatogenesis.
- 2) Jumlahnya akan berkurang, tetapi tidak akan habis seperti pada ovum dan tetap memproduksi meskipun pada lansia.
- 3) Kemampuan fertilisasi selama 2-4 hari, rata-rata 3 hari.
- 4) Terdapat 100 juta sperma pada setiap mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi.
- 5) Mengeluarkan enzim hialuronidase untuk melunakkan korona radiata atau sel-sel granulose.
- 6) Mempunyai morfologi yang sempurna yaitu kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (*nucleus*), diliputi lagi oleh akrosom dan membrane plasma. Leher menghubungkan kepala dengan bagian tengah. Ekor panjang kurang lebih 10 kali bagian

kepala dan dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak lebih cepat (Megasari, dkk. 2015)



Gambar 2.2  
Skema pergerakan Flagela sel sperma  
Sumber: Campbell, 2008

- 7) Urutan pertumbuhan sperma (spermatogenesis) meliputi:
- a) Spermatogonium merupakan tahap pertama pada spermatogenesis yang dihasilkan oleh testis.
  - b) Spermatisit primer merupakan mitosis dari spermatogonium. Pada tahap ini tidak terjadi pembelahan.
  - c) Spermatisit sekunder merupakan meiosis dari spermatisit primer. Pada tahap ini terjadi pembelahan secara meiosis.
  - d) Spermatid merupakan meiosis dari spermatisit sekunder. Pada tahap ini terjadi pembelahan secara meiosis yang kedua.
  - e) Spermatozoa (sperma) merupakan diferensiasi atau pematangan dari spermatid. Pada tahap ini terjadi diferensiasi (Kuswanti, 2014).



Gambar 2.3  
Proses spermatogenesis  
Sumber: [www.Nicerweb.com](http://www.Nicerweb.com)

c. Pembuahan atau Fertilisasi

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit Sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba fallopi. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapabilitas mampu melakukan penetrasi membran sel ovum (Saifuddin, 2014).

Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi tiga fase yaitu sebagai berikut:

1) Tahap penembusan korona radiata.

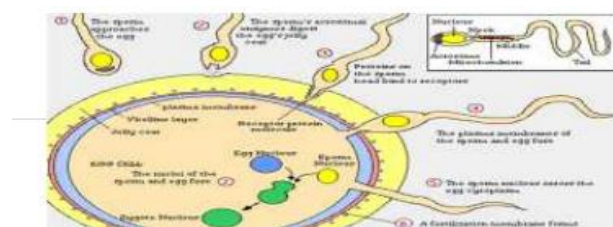
Dari 200-300 juta hanya 300-500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi (Saifuddin, 2014).

2) Penembusan zona pellusida.

Sona pellusida adalah sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mempermudah dan mempertahankan pengikatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom. Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu yang terlihat mampu menembus oosit (Megasari dkk, 2015).

3) Tahap penyatuan oosit dan membrane sel sperma.

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 genosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki-laki) (Kuswanti, 2014).



Gambar 2.4  
Fertilisasi

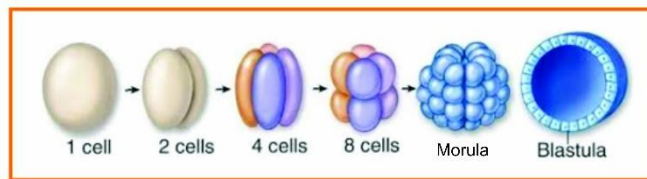
Sumber: Fatima, Nuryaningsih, 2017



#### d. Pembelahan

Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot. Hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. Segera setelah pembelahan ini terjadi. Pembelahan-pembelahan selanjutnya berjalan dengan lancar, dan dalam 3 hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya (Saifuddin, 2014). Zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari). Dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel-sel tersebut akan membelah membentuk buah arbei 16 sel disebut morula (4 hari). Saat morula memasuki rongga rahim, caira mulai menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antara sel yang ada di masa sel dalam. Berangsur-angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga atau blastokel sehingga disebut blastokista (4,5-5 hari) (Widiadnyana, 2011).

Sel yang bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa memasuki dinding rahim (endometrium) dan siap berimplantasi (5,5-6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut (Megasari dkk, 2014).



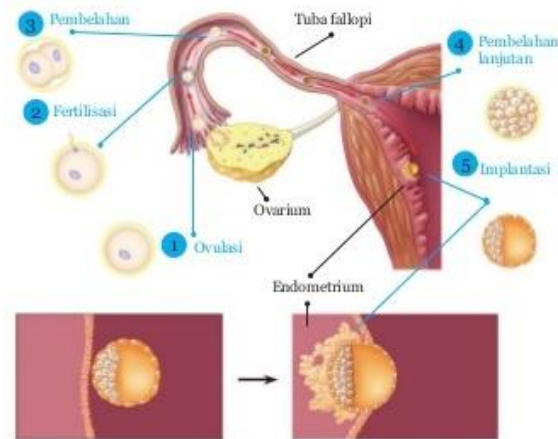
Gambar 2.5  
Proses pembelahan zigot  
Sumber: Kuswanti, 2014

e. Nidasi atau implantasi

Nidasi atau implantasi adalah peristiwa tertanamnya atau bersarangnya sel telur yang telah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam endometrium. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior atau posterior. Pada saat implantasi, selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2-3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok-kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Megasari dkk, 2015).

Blastokista tingkat lanjut diselubungi oleh trofoblas yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastokista mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen, serta mudah dihancurkan trofoblas. Blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam (inner sel mass) akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Itulah sebabnya, terkadang saat nidasi

terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda Hartman) (Kuswanti, 2014).



Gambar 2.6  
Proses Fertilisasi Hingga Implantasi  
Sumber: Fatima, Nuryaningsih, 2017

f. Pembentukan plasenta

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio kedalam endometrium plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi (Kuswanti, 2014).

Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi trofoblas invasif telah melakukan penetrasi kedalam pembuluh darah endometrium. Terbentuklah *sinus intertrofoblastik* yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruangan-ruangan interviler dimana vilikorialis

seolah-olah terapung-apung diantara ruangan-ruangan tersebut sampai terbentuknya plasenta (Saifuddin, 2014).

#### **D. Tanda Dan Gejala Kehamilan**

Pada wanita hamil terdapat beberapa tanda dan gejala, antara lain:

a. Tanda-tanda presumtive (dugaan hamil)

Tanda-tanda presumtif adalah perubahan fisiologik pada ibu atau seorang perempuan yang mengindikasikan bahwa ia telah hamil (Saifuddin, 2014). Tanda-tandanya diantaranya sebagai berikut:

1) Amenorea (tidak haid)

Kehamilan menyebabkan dinding dalam uterus (endometrium) tidak dilepaskan sehingga amenorea atau tidak datangnya haid dianggap sebagai tanda kehamilan. Namun hal ini tidak dapat dianggap sebagai tanda pasti kehamilan karena amenorea dapat juga terjadi pada beberapa penyakit kronik, tumor hipofise, perubahan faktor-faktor lingkungan, malnutrisi, dan (yang paling sering) gangguan emosional terutama pada mereka yang tidak ingin hamil atau malahan mereka yang ingin sekali hamil (dikenal dengan *pseudocyesis* atau hamil semu) (Saifuddin, 2014). Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan hari perkiraan lahirnya (Kuswanti, 2014).

2) Mual dan muntah (*nausea* dan *vomitting*)

Hal lain yang terkait dengan perubahan hormonal dan dikaitkan dengan tanda kehamilan adalah rasa mual dan muntah yang berlebihan atau *hyperemesis*. Walaupun demikian, kondisi ini juga tidak dapat dikategorikan sebagai tanda pasti kehamilan karena berbagai penyebab metabolik lain dapat pula menimbulkan gejala yang serupa. *Hiperemesis* pada kehamilan yang digolongkan normal apabila terjadinya tidak lebih dari trimester pertama (Saifuddin, 2014). Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama, dan sering terjadi pada pagi hari (*morning sickness*). Dalam batas tertentu keadaan ini masih fisiologik. Bila terlampaui sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut *hyperemesis gravidarum* (Kuswanti, 2014).

3) Mengidam (ingin makanan atau minuman tertentu)

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Kuswanti, 2014).

4) Tidak tahan suatu bau-bauan.

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari, maka disebut *morning sickness*. Semakin sensitif penciuman ibu hamil maka akan menimbulkan sakit kepala, mual dan muntah selama

kehamilan. sensitivitas penciuman ibu hamil disebabkan karena hormon estrogen.

5) Pingsan

Sering dijumpai bila berada ditempat-tempat yang ramai. Dianjurkan untuk tidak pergi ke tempat-tempat ramai pada bulan-bulan pertama kehamilan dan hilang sesudah kehamilan 16 minggu (Kuswanti, 2014).

6) Tidak ada selera makan (anoreksia)

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul lagi (Sinclair, 2009).

7) Lelah (fatigue).

Kondisi ini disebabkan oleh menurunnya *Basal Metabolic Rate* (BMR) dalam trimester pertama kehamilan. Dengan meningkatnya aktivitas metabolik produk kehamilan (janin) sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, maka rasa lelah yang terjadi selama trimester pertama akan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan menjadi lebih segar (Saifuddin, 2014).

8) Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri yang disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar montgomery terlihat lebih membesar (Sinclair, 2009).

- 9) Sering kencing, terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin (Saminem, 2008).
- 10) Konstipasi atau obstipasi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid (Kuswanti, 2014).
- 11) Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai di muka (*cloasma gravidarum*), areola payudara, leher, dan dinding perut (Sinclair, 2009).
- 12) Epulis (hipertrofi dari papila gusi)  
Merupakan suatu hipertrofipapilla ginggivae. Sering terjadi pada triwulan pertama kehamilan (Kuswanti, 2014).
- 13) Pemekaran vena-vena (*varises*) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva yang biasanya dijumpai pada triwulan akhir. Biasanya didapat pada daerah genetalia eksterna, fossa poplitea, kaki, dan betis. Pada kehamilan multigravida kadang-kadang *varises* ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, yang kemudian timbul kembali pada triwulan pertama (Kuswanti, 2014).

b. Tanda- tanda kemungkinan hamil (tanda tidak pasti hamil)

Tanda-tanda tidak pasti atau terduga hamil adalah perubahan anatomik dan fisiologik selain dari tanda-tanda presumtif yang dapat dideteksi atau dikenali oleh pemeriksa (Saifuddin, 2014).

1) Perut membesar

Pembesaran dinding abdomen sering dianggap sebagai tanda dari terjadinya kehamilan. Pembesaran tersebut berkaitan dengan terjadinya pembesaran uterus di rongga abdomen. Penonjolan dinding abdomen biasanya dimulai pada usia 16 minggu dimana uterus beralih dari rongga pelvik menjadi rongga abdomen. Penonjolan dinding abdomen lebih nyata pada ibu hamil dengan posisi berdiri jika dibandingkan dengan posisi berbaring. Juga lebih terlihat pada multipara jika dibandingkan dengan nulipara atau primigravida akibat kendurnya otot-otot dinding perut (Saifuddin, 2014).

2) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim (Sinclair, 2009).

3) Tanda hegar

Konsistensi rahim menjadi lunak, terutama daerah isthmus uteri sedemikian lunaknya, hingga kalau kita letakkan 2 jari dalam forniks posterior dan tangan satunya pada dinding perut atas



symphysis, maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari serviks (Saifuddin, 2014).

4) Tanda Goodell

Tanda Goodell adalah perubahan konsistensi (yang dianalogikan dengan konsistensi bibir) serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal (dianalogikan dengan ujung hidung) pada saat tidak hamil (Saifuddin, 2014).

5) Tanda chadwick

Vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (*lividae*) yang disebabkan oleh adanya *hipervaskularisasi*. Warna porsio juga akan tampak *lividae*. Hal ini disebabkan oleh adanya pengaruh hormon estrogen (Saminem, 2008).

6) Tanda piscacek

Pembesaran uterus pada awal kehamilan biasanya tidak terjadi secara simetris. Secara normal ovum yang telah dibuahi akan berimplantasi pada segmen atas uterus, terutama pada dinding posterior. Bila lokasi implantasi berada di dekat kornu, maka daerah ini akan lebih cepat membesar jika dibandingkan dengan bagian uterus lainnya. Pembesaran asimetri dan penonjolan salah satu kornu tersebut dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada usia kehamilan 8 sampai 10 minggu (Saifuddin, 2014). Uterus membesar ke salah satu jurusan

hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran uterus (Kuswanti, 2014).

7) Kontraksi-kontraksi kecil uterus bila dirangsang (*Braxton Hicks*)

Kontraksi braxton hicks terjadi akibat peregangan miometrium yang disebabkan oleh terjadinya pembesaran uterus. Peningkatan akromiosin didalam miometrium juga menjadi penyebab dari meningkatnya kontraksilitas uterus. Kontraksi *braxton hicks* bersifat non ritmik, seporadik, tanpa disertai adanya rasa nyeri, mulai timbul sejak kehamilan 6 minggu dan tidak terdeteksi melalui pemeriksaan bimanual pelvik. Kontraksi ini baru dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada kehamilan trimester kedua dan pemeriksaan palpasi abdomen pada kehamilan trimester ke-III.

Dengan semakin meningkatnya usia kehamilan, terjadi pula peningkatan frekuensi, lama, dan intensitas kontraksi *braxton hicks*. Mendekati usia kehamilan aterm, kontraksi ini menjadi lebih teratur dan reguler sehingga disalahartikan sebagai kontraksi persalinan. Persalinan palsu (*false labor*) sangat erat kaitannya dengan kontraksi *braxton hicks* pada kehamilan aterm (Saifuddin, 2014).

#### 8) Teraba ballotement

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dalam uterus (tubuh janin) (Sinclair, 2009).

#### c. Tanda pasti hamil

Tanda-tanda pasti kehamilan adalah data atau kondisi yang mengindikasikan adanya buah kehamilan atau bayi yang diketahui melalui pemeriksaan dan direkam oleh pemeriksa (misalnya Denyut Jantung Janin (DJJ), gambaran sonogram janin, dan gerakan janin). (Saifuddin, 2014).

##### 1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba

Gerakan janin dapat dirasakan oleh pemeriksa (Sinclair, 2009). Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada 16 minggu (Kuswanti, 2014). Gerak pertama bayi yang dapat dirasakan ibu disebut dengan *quickening*, yang sering diartikan sebagai kesan kehidupan. Walaupun gerakan awal ini dapat dikategorikan tanda pasti kehamilan dan estimasi usia kehamilan, tetapi hal ini sering dikelirukan dengan gerakan usus akibat perpindahan gas didalam lumen saluran cerna. Bagian-bagian tubuh bayi juga dapat dipalpasi dengan mudah mulai usia kehamilan 20 minggu (Saifuddin, 2014).

## 2) Denyut Jantung Janin (DJJ):

- a) Didengar dengan stetoskop monoral laenec (Kuswanti, 2014).
- b) Dicatat dan didengar dengan alat doppler (Saifuddin, 2014).
- c) Dicatat dengan feto-elektrokardiogram (pada kehamilan 12 minggu) (Kuswanti, 2014).
- d) Dilihat pada Ultrasonografi (USG) atau sinar-X.

Dengan USG, akan dapat terlihat gambaran janin yang berupa ukuran kantong janin, panjang janin, dan diameter biparietalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan (Sinclair, 2009).

## **E. Pertumbuhan Dan Perkembangan Kehamilan**

Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat yaitu zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri atas 16 blastomer), kemudian menjadi blastokista (terdapat cairan di tengah) yang mencapai uterus, dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi embrio (sampai minggu ke-7). Setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin (Saifuddin, 2014).

Embryogenesis (pertumbuhan mudgah) merupakan pertumbuhan embrio yang bermula dari lempeng embrional (embrional plate) dan kemudian berdiferensiasi menjadi 3 unsur lapisan yaitu ektodermal, mesodermal, dan entodermal. Ruang amnion akan tumbuh pesat mendesak *exocoeloma* sehingga dinding ruang amnion mendekati korion, mesoblas diruang amnion dan mudgah menjadi padat (*body*

*salk*) yang merupakan jembatan antara embrio dan dinding trofoblas yang kelak akan menjadi tali pusat (Kuswanti, 2014). Selanjutnya hasil konsepsi akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai berikut:

1) 4 minggu.

Dari embrio, bagian tubuh pertama yang muncul adalah tulang belakang, otak dan saraf, jantung, sirkulasi darah, dan pencernaan muncul (Kuswanti, 2014). Embrio berukuran 5 mm dan kantong gestasi berukuran 2-3 cm (Saifuddin, 2014).

2) 6 minggu.

Pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih terenggam. Jantung telah terbentuk penuh. Embrio berukuran 22-24 mm, dimana akan tampak kepala yang relatif besar dan tonjolan jari (Saifuddin, 2014).

3) 8 minggu.

Perkembangan embrio lebih cepat, jantung mulai memompa darah (Kuswanti, 2014). Mirip bentuk manusia, mulai pembentukan genetalia eksterna. Sirkulasi melalui tali pusat dimulai. Tulang mulai terbentuk (Saifuddin, 2014).

4) 9 minggu.

Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk 'muka' janin; kelopak mata terbentuk namun tak akan membuka sampai 28 minggu (Saifuddin, 2014).

## 5) 12 minggu.

Embrio berubah menjadi janin. Denyut jantung janin dapat dilihat dengan menggunakan pemeriksaan ultrasonografi (USG), berbentuk manusia, gerakan pertama dimulai tetapi belum dirasakan oleh ibu, jenis kelamin sudah bisa ditentukan, ginjal sudah memproduksi urine (Kuswanti, 2014).

## 6) 13-16 minggu.

Janin berukuran 15 cm ini merupakan awal dari trimester kedua. Kulit janin masih transparan, telah mulai tumbuh lanugo (rambut janin). Janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Telah terbentuk mekoneum (feses) dalam usus. Jantung berdenyut 120-150 x/menit (Saifuddin, 2014). Sistem muskuloskeletal matang, sistem saraf terkontrol, pembuluh darah berkembang cepat, denyut jantung janin terdengar lewat doppler, pankreas memproduksi insulin (Kuswanti, 2014).

## 7) 17-24 minggu.

Komponen mata terbentuk penuh, juga sidik jari, seluruh tubuh diliputi oleh verniks kaseosa (lemak). Janin mempunyai refleks (Saifuddin, 2014). Pada usia 20 minggu verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh, janin membuat jadwal untuk tidur, menelan dan menendang. Pada akhir minggu ke-20 berat janin sekarang telah lebih sedikit dari 300 gr dan berat mulai meningkat

secara linier (Arma dkk, 2015). Pada usia 24 kerangka berkembang cepat, perkembangan pernapasan dimulai (Kuswanti, 2014).

8) 25-28 minggu.

Saat ini disebut permulaan trimester ke 3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat. Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, mata sudah membuka. Kelangsungan hidup pada periode ini sangat sulit bila lahir (Saifuddin, 2014).

Pada usia 28 minggu janin bernapas, menelan, dan mengatur suhu, surfactan mulai terbentuk di paru-paru, mata mulai membuka dan menutup, bentuk janin 2/3 bentuk saat lahir (Kuswanti, 2014). Pada akhir minggu ke-28, panjang ubun-ubun bokong adalah sekitar 25 cm dan berat janin sekitar 1.100 gr Kulit tipis, merah, dan ditutupi oleh verniks kaseosa (Arma dkk, 2015).

9) 29-32 minggu.

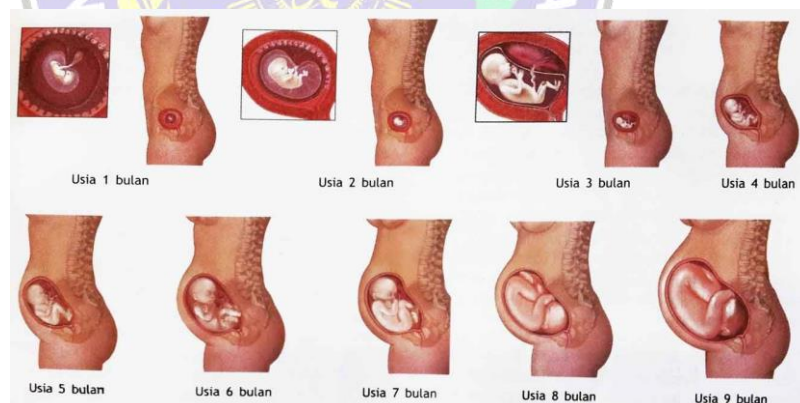
Bila bayi dilahirkan, ada kemungkinan untuk hidup (50-70 %). Tulang telah terbentuk sempurna, gerakan napas telah reguler, suhu relatif stabil (Saifuddin, 2014). Pada usia 32 minggu lemak coklat berkembang di bawah kulit, mulai simpan zat besi, kalsium, dan fosfor (Kuswanti, 2014). Pada akhir minggu ke-32 gestasi, janin memiliki panjang ubun-ubun bokong sekitar 28 cm dan berat sekitar 1.800 gr. Permukaan kulit masih merah dan berkeriput (Arma dkk, 2015).

## 10) 33-36 minggu.

Berat janin 1.500- 2.500 gr. Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang pada saat 35 minggu paru telah matur. Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan (Saifuddin, 2014). Pada usia 36 minggu seluruh uterus digunakan bayi sehingga tidak bisa bergerak banyak, antibodi ibu ditransfer bayi untuk mencapai kekebalan untuk 6 bulan pertama sampai kekebalan bayi bekerja sendiri (Kuswanti, 2014).

## 11) 38-40 minggu.

Sejak 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal (Saifuddin, 2014).



Gambar 2.7  
Tahap-Tahap Pertumbuhan janin Pada Masa Kehamilan  
Sumber:Saifuddin, 2014



## F. Perubahan Anatomi Dan Adaptasi Fisiologis Pada Ibu Hamil

### a. Sistem Reproduksi

Perubahan yang terjadi pada sistem reproduksi diantaranya pada vulva vagina, Serviks uteri, Perubahan uterus, dan Ovarium adalah sebagai berikut:

#### 1) Vulva dan vagina

Akibat pengaruh hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami perubahan pula. Sampai minggu ke 8 terjadi *hipervaskularisasi* mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan (*lividae*), tanda ini disebut tanda chadwick. Warna porsio pun tampak lividae (Leveno et al, 2009).

#### 2) Serviks uteri

Pada kehamilan juga mengalami perubahan karena hormon estrogen. Jika korpus uteri mengandung lebih banyak jaringan otot, maka serviks lebih banyak mengandung jaringan ikat. Jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen dan dengan adanya *hipervaskularisasi* serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lunak yang disebut tanda goodell (Saifuddin, 2014).

#### 3) Selama minggu-minggu awal kehamilann peningkatan aliran darah uterus dan limfe mengakibatkan oedema dan kongesti panggul. Akibatnya uterus, serviks, dan isthmus melunak secara progresif dan serviks menjadi kebiruan (tanda chadwick),

perlunakan isthmus menyebabkan antefleksi uterus berlebihan selama 3 bulan pertama kehamilan (Kuswanti, 2014).

#### 4) Perubahan uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron. Pembrebaran ini pada dasarnya disebabkan oleh adanya:

- a) Peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah
- b) Hyperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis yang sudah ada).
- c) Perkembangan desidua (Kuswanti, 2014).

Hipertrofi otot polos uterus dan serabut-serabut kolagen yang ada pun menjadi higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Selain bertambah besar, uterus juga mengalami perubahan berat, bentuk, dan posisi. Dinding otot menjadi kuat dan elastis, fundus pada serviks mudah fleksi yang disebut tanda Mc.Donald. Setelah minggu ke-8 korpus uteri dan serviks melunak dan membesar secara keseluruhan. Fundus menekan kandung kemih menyebabkan wanita sering mengalami urinari frekuensi (sering berkemih). (Saminem, 2008).

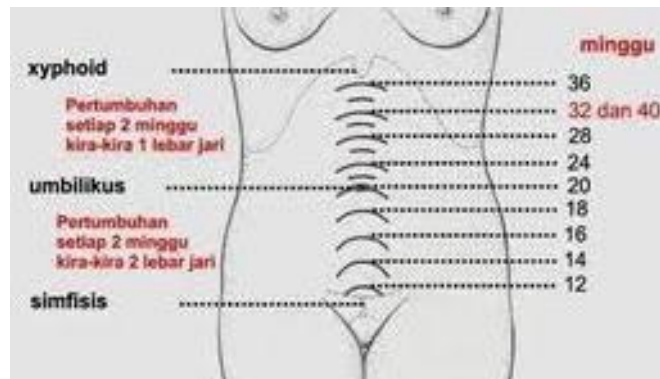
Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar sebesar telur bebek dan pada kehamilan 12 minggu kira-kira sebesar telur angsa. Pada saat ini fundus uteri telah dapat diraba dari luar

diatas symphysis. Pada minggu pertama isthmus uteri mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama membuat isthmus menjadi panjang dan lebih lunak yang disebut tanda hegar. Pelunakan isthmus uteri pada sambungan serviks dan korpus ini timbul pada 6 minggu pertama setelah haid terakhir (Saifuddin, 2014).

Tabel 2.1  
Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 diatas symphysis	12 minggu
pertengahan symphysis dengan pusat	16 minggu
2/3 diatas symphysis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu
1/3 diatas pusat	28 minggu
Perengahan pusat dengan prosesus xifoideus	34 minggu
Setinggi prosesus xifoideus	36 minggu
Dua jari dibawah prosesus xifoideus	40 minggu

Sumber: Kumalasari, 2015



Gambar 2.8  
TFU menurut usia kehamilan  
Sumber: [www.duniabidan.com](http://www.duniabidan.com)

#### 5) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Leveno et al, 2009).

#### b. Payudara

Perubahan ini pasti terjadi pada wanita hamil karena dengan semakin dekatnya persalinan, payudara menyiapkan diri untuk memproduksi makanan pokok untuk bayi setelah lahir (Saminem, 2008).

Perubahan yang terlihat pada payudara adalah:

- 1) Payudara membesar, tegang, dan sakit akibat hormon *somatomammotropin*, estrogen, dan progesteron, akan tetapi

- belum mengeluarkan Air Susu Ibu (ASI). Estrogen menimbulkan hipertrofi sistem saluran sedangkan progesteron menambah sel-sel asinus pada mammae (Kuswanti, 2014)
- 2) Vena dibawah kulit payudara membesar dan terlihat jelas. Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah dibawah kulit berdilatasi. Pembuluh darah yang sebelumnya tidak terlihat, sering kali tampak sebagai jalinan jaringan biru dibawah permukaan kulit. Kongesti vena di payudara lebih jelas terlihat pada primiravida. Striae dapat terlihat di bagian luar payudara (Saifuddin, 2014).
  - 3) Hiperpigmentasi pada areola mammae dan puting susu serta muncul areola mammae sekunder (Saminem, 2008).
  - 4) Kelenjar montgomery yang terletak didalam areola mammae membesar dan kelihatan dari luar. Kelenjar montgomery mengeluarkan lebih banyak cairan agar puting susu selalu lembab dan lemas sehingga tidak menjadi tempat berkembang biak bakteri (Saifuddin, 2014).
  - 5) Payudara ibu mengeluarkan cairan apabila dipijat. Mulai kehamilan 16 minggu, cairan yang dikeluarkan jernih. Pada kehamilan 16 minggu sampai 32 minggu, warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental,

berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Saminem, 2008).

c. Sistem endokrin

Perubahan besar pada sistem endokrin yang penting terjadi untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin dan pemulihan pada masa nifas. Perubahan-perubahan hormonal selama kehamilan terjadi terutama akibat produksi estrogen dan progesteron, plasenta, serta hormon-hormon yang dikeluarkan oleh janin (Kumalasari, 2015).

d. Sistem perkemihan

- 1) Ginjal bekerja lebih berat kerana harus menyaring ampas dua orang yaitu ibu dan janin (Kumalasari, 2015).
- 2) Ureter tertekan oleh uterus apabila uterus keluar dari rongga panggul, ureter juga semakin berkelok-kelok dan kendur sehingga menyebabkan perjalanan urine ke kandung kemih melambat. Kuman dapat berkembang di kelokan itu dan menimbulkan penyakit (Saminem, 2008).
- 3) Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke

pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali (Saifuddin, 2014).

e. Sistem pencernaan

Perubahan rasa tidak enak di ulu hati disebabkan karena adanya perubahan lambung dan aliran balik asam lambung ke esofagus bagian bawah. Produksi asam lambung menurun. Sering terjadi mual dan muntah karena pengaruh HCG, tonus otot-otot traktus digestivus menurun sehingga motilitas seluruh traktus digestivus juga berkurang. Makanan lebih lama berada di lambung dan apa yang dicerna lebih lama berada dalam usus. Saliva atau pengeluaran air liur berlebihan daripada biasanya. Hipersaliva sering terjadi sebagai kompensasi dari mual dan muntah yang terjadi (Saifuddin, 2014).

f. Sistem Metabolisme

basal metabolisme rate meningkat 15-20% yang umumnya ditemukan pada triwulan terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidrat arang, khususnya sesudah kehamilan 20 minggu ke atas. Keseimbangan asam alkali sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali, wanita tidak hamil kadar sebesar 155 mEq per liter menurun sampai 145-147 mEq per liter. Sehubungan dengan ini serum Na turun dari 142mEq per liter sampai 135-137 mEq per liter dan disertai turunnya plasma bikarbonat dari 25 ke-22 mEq per liter (Andriani dkk, 2012).

Terjadi juga hipertrofi tiroid. Kebutuhan karbohidrat meningkat sampai 2.300 kal/hari. Kebutuhan protein 1 g/kg BB per hari untuk menunjang pertumbuhan janin. Kadar kolesterol plasma meningkat sampai 30 g/100 ml. Kebutuhan kalsium, fosfor, magnesium, *cuprum* meningkat. *Ferrum* dibutuhkan sampai kadar 800 mg, untuk pembentukan hemoglobin tambahan. Fosfor, magnesium, tembaga, lebih banyak tertahan pada masa hamil dari pada dalam masa tidak hamil. Kadar tembaga dalam plasma meningkat dari 109 hingga 222 mcg per 100 ml, akan tetapi dalam eritrosit kadarnya tetap (Saifuddin, 2014).

Khusus untuk metabolisme karbohidrat, pada kehamilan normal terjadi kadar glukosa plasma ibu yang lebih rendah secara bermakna karena:

- 1) Ambilan glukosa sirkulasi plasenta meningkat.
- 2) Produksi glukosa dari hati menurun.
- 3) Produksi alanin (salah satu *precursor glukoneogenesis*) menurun.
- 4) Aktivitas ekskresi ginjal meningkat.
- 5) Efek hormon-hormon gestasional (*human plasental lactogen*, hormon-hormon plasenta lainnya, hormon-hormon ovarium, hipofisis, pankreas, adrenal, *growth factors*, dan sebagainya).
- 6) Perubahan metabolisme lemak dan asam amino.



7) Peningkatan enzim-enzim metabolisme pada umumnya (Andriani dkk, 2012).

g. Sistem musculoskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posterior anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang kearah duua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Leveno et al, 2009).

h. Sistem kardiovaskular

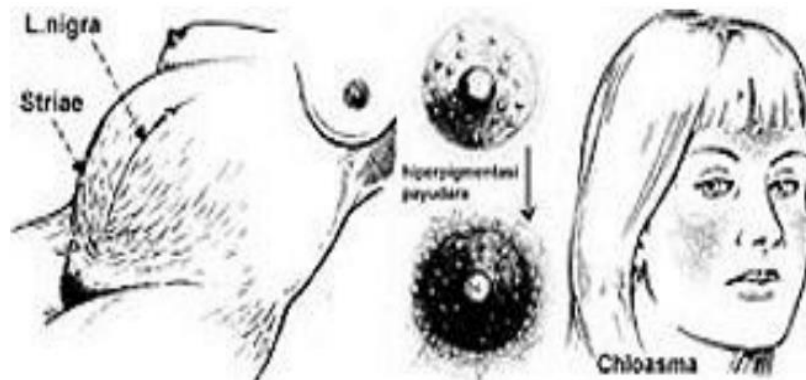
Sirkulasi darah itu dalam kehamilan dipengaruhi oleh sirkulasi ke plasenta, uterus yang membesar pula, uterus yang membesar dengan pembuluh darah yang membesar pula, mammae dan alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Volume plasenta maternal mulai meningkat pada saat 10 minggu usia kehamilan dan terus menerus meningkat sampai 30-34 minggu, sampai ia mencapai titik maksimum (Kuswanti, 2014).

Volume darah semakin meningkat karena jumlah serum lebih besar daripada pertumbuhan sel darah sehingga terjadi pengenceran darah (Hemodelusi). Masa puncak terjadi pada umur kehamilan 32

minggu. Serum darah (volume darah) bertambah 25-30%, sedangkan sel darah bertambah 20%. Curah jantung akan bertambah 30%. Bertambahnya hemodelusi darah mulai tampak pada umur kehamilan 16 minggu. Oleh karena itu, ibu hamil yang mengidap penyakit jantung harus berhati-hati. Jumlah sel darah merah semakin meningkat, hal ini untuk mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim. Namun, penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai dengan anemia fisiologis. Terjadi penurunan hematokrit selama kehamilan normal sehingga disebut anemia fisiologis (Saifuddin, 2014).

Selama hamil, jantung memompa untuk dua orang, yaitu ibu dan janin. Bertambahnya cairan darah meenambah volume darah, tetapi kepekatan darah berkurang dan pembuluh darah membesar. Oleh karena itu, kerja jantung bertambah berat (Saminem, 2008). Biasanya tekanan darah tidak tinggi meskipun volume darah bertambah, bahkan sedikit turun. Turunnya tekanan darah ini disebabkan oleh kepekatan darah berkurang (Saminem, 2008). Tekanan sistolik akan turun sekitar 5-10 mmHg dan diastolik pada 10-15 mmHg (Kuswanti, 2014).

i. Sistem integument.



Tabel 2.9

Hiperpigmentasi pada perut, muka dan payudara ibu hamil  
 Sumber :Tyastuti dan wahyuningsih H, 2016

#### 1) Payudara.

Payudara biasanya membesar disebabkan karena hipertrofi alveoli. Dibawah kulit payudara sering tampak gambaran-gambaran dari vena yang meluas. Putting susu biasanya membesar dan berwarna lebih gelap serta sering mengeluarkan kolostrum. Kelenjar montgomery menonjol keluar, areola lebih gelap, dan nyeri tekan. Perubahan-perubahan pada payudara ini disebabkan karena pengaruh hormonal (Kumalasari, 2015).

#### 2) Pigmentasi.

Mengalami pengumpulan pigmen di tiga area yaitu *linea nigra* (garis gelap mengikuti *midline* (garis tengah) abdomen), topeng kehamilan (*cloasma gravidarun*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak di kulit kening dan pipi, dan peningkatan pigmentasi (hiperpigmentasi) di sekeliling putting susu (areola) (Leveno et al, 2009).

3) Spider angioma.

Spider angioma (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul di kulit, biasanya diatas pinggang. Sementara itu, pelebaran pembuluh darah kecil yang berdinding tipis sering kali tampak di tungkai bawah (Kumalasari, 2015).

4) Striae gravidarum.

Striae gravidarum yaitu tanda regangan yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis dari lapisan kulit terdalam terpisah dan terputus. Hal ini mengakibatkan pruritus atau rasa gatal (Saifuddin, 2014). Terdapat dua jenis striae yaitu striae lividae (garis yang berwarna biru) dan striae albican (garis berwarna putih). Hal ini terjadi karena pengaruh *melanocyte stimulating hormone* lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis (Saminem, 2008).

5) Perpirasi dan sekresi kelenjar lemak.

Kelenjar sebacea atau keringat menjadi lebih aktif, akibatnya ibu hamil mungkin mengalami gangguan bau badan, banyak mengeluarkan keringat, dan berminyak (Kumalasari, 2015).

j. Sistem pernapasan

Perubahan pada trimester pertama belum terjadi sepenuhnya karena ibu masih mengalami peningkatan hormon sehingga terjadi mual-mual dan pertumbuhan janin belum sempurna sehingga diafragma

belum terdorong keatas oleh karena itu pernapasan ibu masih normal (Megasari dkk, 2015).

Pada trimester kedua kapasitas paru terhadap udara inspirasi nya tetap sama seperti sebelum hamil tetapi kecepatan pernapasan kapasitas vital tidak berubah melainkan yang berubah volume tidak, volume ventilator, dan pengambilan oksigen meningkat karena bentuk dari rongga torak berubah yang mengakibatkan bernapas lebih cepat sehingga 60% wanita hamil mengalami sesak napas (Kumalasari, 2015).

Pada trimester tiga ibu hamil mengalami kesulitan bernapas karena pertumbuhan janin yang semakin membesar mendorong diafragma keatas hingga bentuk dan ukuran dada berubah menjadi lebih kecil. Terjadinya desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu (Kuswanti, 2014).

Kebutuhan oksigen yang meningkat ibu hamil akan bernapas lebih dalam sekitar 20-25% dari biasanya, sedangkan perubahan pada bentuk dada dan lengkungan bertambah besar sesuai usia kehamilan ini dikarenakan uterus yang mendorong keatas. Ibu hamil cenderung bernapas pendek hingga sering terjadi keluhan sesak napas (Megasari dkk, 2015).

k. Berat badan dan indeks massa tubuh

Terjadi kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg, penambahan berat badan dari mulai awal kehamilan sampai akhir kehamilan berkisar 11-12 kg (Kuswanti, 2014). Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra-uteri (*Intra-Uterin Growth Retardation-IUGR*) (Saifuddin, 2014).

Kenaikan BB ibu hamil berhubungan dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) agar kita bisa mengontrol kenaikan BB itu hamil agar tidak berlebihan dan tidak juga kekurangan. Rumus penilaian IMT sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB}}{\text{TB dalam M}^2}$$

Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1.57 meter. Maka IMT-nya adalah  $51 / (1,57)^2 = 20,7$ . Nilai

Tabel. 2.2  
Indikator Penilaian IMT

Kategori	IMT	Rekomendai BB (Kg)
BB kurang (under weight)	< 19,8	12,5-18
BB normal (normal weight)	19,8-26,0	11,5-16
BB berlebih (over)	26,1-29,0	7-11,5

weight)		
Obesitas	>29,0	7,0
Gemeli	-	16-20,0
Kembar Tiga	-	23,0

Sumber: (Astuti dkk, 2017)

## G. Perubahan Fisiologi Kehamilan

### Perubahan Fisiologi pada Wanita Hamil

#### 1. Sistem Reproduksi

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Berat uterus itu normal lebih kurang 30 gram. Pada akhir kehamilan (40 minggu), berat uterus itu menjadi 1.000 gram. Perubahan uterus adalah sebagai berikut: pada minggu ke-16 dari luar, fundus uteri kira-kira terletak diantara setengah jarak pusat ke simfisis, pada minggu ke-20 fundus uteri terletak kira-kira dipinggir bawah pusat, pada minggu ke-24 fundus uteri berada tepat dipinggir atas pusat, pada minggu ke-28 fundus uteri terletak kira-kira 3 jari diatas pusat atau sepertiga jarak antara pusat ke prosessus xifodeus, pada minggu ke-39 fundus uteri terletak diantara setengah jarak pusat dari prosessus xifodeus, pada minggu ke-36 fundus uteri terle terletak kira-kira 3 jari dibawah prosessus xifodeus, pada minggu ke-40 fundus uteri turun kembali dan. Hal ini disebabkan oleh kepala janin yang pada

primigravida turun dan masuk ke dalam rongga panggul vagina, terjadi pembuluh darah vagina bertambah, hingga warna selaput lendirnya membiru (tanda Chadwick), kekenyalan (elastis). Vagina bertambah artinya daya diregangkan bertambah, sebagai persiapan persalinan .

## 2. Sistem Darah

Volume darah semakin meningkat dimana jumlah serum darah lebih banyak dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada umur hamil 32 minggu. Serum darah (volume darah) bertambah sebesar 25% sampai 30% sedangkan sel darah bertambah sekitar 20%.

## 3. Sistem Pernapasan

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem respirasi untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen (O<sub>2</sub>). Disamping itu juga terjadi desakan diafragma, karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu.

## 4. Sistem Pencernaan

Karena pengaruh estrogen pengeluaran asam lambung meningkat, dapat menyebabkan terjadinya mual dan sakit atau pusing kepala pada pagi hari, yang disebut morning sickness, muntah yang disebut emesis gravidarum, sedangkan muntah yang berlebihan sehingga mengganggu kehidupan sehari-hari disebut hiper emesis



progesteron juga menimbulkan gerak usus makin berkurang dan dapat menyebabkan obstipasi.

#### 5. Perubahan pada Kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh melanophore stimulating hormone lobus anterior dan pengaruh kelenjar supranelis hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livide atau alba, aerola papilla mammae, pada pipi (Fatimah, Nuryaningsih. 2017).

### H. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

#### a. Nutrisi

Nutrisi pada trimester III nafsu makan sangat baik, tetapi jangan berlebihan, kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi. Selain itu kurangi makanan terlalu manis dan terlalu asin (garam, ikan asin, tauco dan kecap asin), karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan. Jadwal makan bagi ibu hamil sebaiknya teratur 3 kali sehari akan tetapi apabila ibu tidak bisa makan dalam porsi besar 3 kali sehari dapat diganti dengan 6 kali sehari porsi kecil (Marmi, 2011).

#### 1) Protein

Jumlah protein yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari (Saifuddin, 2010). Tambahan protein diperlukan untuk

pertumbuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormon, penambahan cairan darah ibu serta persiapan laktasi.

## 2) Lemak

Lemak merupakan sumber tenaga yang vital, selain itu dibutuhkan untuk pertumbuhan jaringan plasenta (Hutahaean, 2013). Kebutuhan lemak seorang ibu hamil sebesar 25% dari seluruh kalori yang dikonsumsi sehari. Lemak Omega 3 dapat diperoleh dari kacang-kacangan dan olahannya, serta ikan laut.

## 3) Vitamin

Vitamin dibagi menjadi 2, yaitu sebagai berikut :

### a) Vitamin yang larut dalam lemak.

(1)Vitamin A. Berfungsi untuk membantu proses pertumbuhan sel dan jaringan tulang, mata, rambut, kulit, organ dalam, dan fungsi rahim (Kamariyah, 2014). Kebutuhannya 200 RE (retinol ekivalen) per hari (Hutahaean, 2013).

(2)Vitamin D. Mengonsumsi vitamin D akan dapat mencegah hipokalsemia karena vitamin D dapat membantu penyerapan kalsium dan fosfor yang berguna untuk mineralisasi tulang dan gigi (Hutahaean, 2013). Ibu hamil membutuhkan 400 IU vitamin D (Kamariyah, 2014).

(3) Vitamin E. Ibu hamil membutuhkan 15 mg (22,5 IU) (Kamariyah, 2014). Vitamin E berfungsi untuk pertumbuhan sel, jaringan, dan integrasi sel darah merah (Hutahaean, 2013).

b) Vitamin yang larut dalam air.

(1) Vitamin C. Berfungsi meningkatkan absorpsi zat besi dari suplemen zat besi. Ibu hamil membutuhkan vitamin C 250 miligram per hari

(2) Vitamin B6. Ibu hamil membutuhkan 2,2 mg per hari (Kamariyah, 2014). Vitamin B6 penting untuk pembuatan asam amino dalam tubuh (Hutahaean, 2013).

(3) Asam Folat. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Prawirohardjo, 2016) Asam folat juga berfungsi mencegah cacat tabung saraf (*neural tube defects*) seperti spina bifida (Kamariyah, 2014).

4) Mineral

Mineral yang memiliki fungsi penting selama kehamilan adalah sebagai berikut :

a) Kalsium.

Kebutuhan kalsium ibu hamil sebesar 1.200 mg per hari (Kamariyah, 2014). Bila asupan kalsium ibu hamil kurang

maka kebutuhan kalsium akan diambil dari gigi dan tulang ibu (Hutahaean, 2013).

b) Fosfor.

Fosfor berfungsi pada pembentukan rangka dan gigi janin serta kenaikan metabolisme kalsium ibu (Hutahaean, 2013). Kebutuhannya sebesar 1.200 mg per hari (Kamariyah, 2014).

c) Besi.

Diperlukan untuk menghasilkan hemoglobin sel darah merah janin dan maternal (Kamariyah, 2014). Semua wanita hamil harus menerima suplemen zat besi dalam bentuk zat besi ferro 30 mg per hari .

d) Yodium.

Defisiensi yodium menyebabkan kretinisme. Tambahan yodium yang dibutuhkan ibu hamil sebanyak 25 µg/hari (Hutahaean, 2013).

e) Seng atau zink. Berfungsi untuk metabolisme sebuah komponen insulin dan enzim sel inti dan aktif dalam sintesis DNA dan RNA. Kebutuhannya sebesar 15 mg per hari (Kamariyah, 2014).

f) Natrium.

Berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan cairan, keseimbangan asam basa, iritabilitas muskuler, juga mengatur permeabilitas sel dan transmisi impuls saraf

(Kamariyah, 2014). Natrium pada ibu hamil bertambah sekitar 3,3 gram per minggu sehingga ibu hamil cenderung menderita edema. (Hutahaean, 2013).

Tabel 2.3  
Nutrisi Pada Ibu Hamil

Bahan makanan	Kebutuhan perhari	Berat
Nasi	6 porsi (nasi 1 porsi= $\frac{3}{4}$ gelas)	100 g = 175 kkal
Sayur	4 porsi (sayur 1 porsi = 1 gelas)	100 g = 25 kkal
Buah	4 porsi (buah 1 porsi= 1 buah pisang ambon)	50 g = 50 kkal
Tempe	4 porsi (tempe 1 porsi= 2 potong tempe sedang)	50 g = 50 kkal
Daging	3 porsi (daging 1 porsi=1 potong daging sedang)	35 g = 50 kkal
Susu	1 porsi (susu 1 porsi= 1 gelas susu)	20 g = 50 kkal
Minyak	6 porsi (minyak 1 porsi= 1 sendok teh minyak)	5 g = 50 kkal
Gula	2 porsi (gula 1 porsi= 1 sendok makan gula)	20 g = 50 kkal

Sumber: Permenkes RI, 2014.

## b. Eliminasi

### a) Buang Air Kecil (BAK)

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

b) Buang Air Besar (BAB)

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

c. Istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk dan perkembangan dan pertumbuhan janin (Manuaba, 2010).

d. Aktivitas

Olahraga saat hamil merupakan masalah kontroversi yang perlu dipertimbangkan terutama bagi mereka yang mempunyai riwayat persalinan sulit, keguguran dan infertilitas. Aktivitas yang banyak dianjurkan adalah jalan-jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Manuaba, 2010).

e. Personal Hygiene

Menurut Marmi (2011) personal hygiene sangat diperlukan selama kehamilan, karena kebersihan badan mengurangi kemungkinan infeksi.

f. Hubungan Seksual

Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual. Hubungan seksual disarankan untuk dihentikan bila terdapat pengeluaran cairan disertai rasa nyeri, terjadi perdarahan, mengeluarkan cairan (air) yang mendadak, serta bagi mereka yang sering keguguran dan persalinan premature (Manuaba, 2010).

g. Imunisasi

Vaksinasi dengan toksoid tetanus dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus. Vaksinasi toksoid tetanus dilakukan dua kali selama hamil (Manuaba, 2010).

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

Kebutuhan psikologis pada ibu hamil diantaranya:

a. Trimester I

Trimester pertama sering dikatakan sebagai masa penentuan. Penentuan untuk membuktikan bahwa wanita dalam keadaan hamil. Pada saat inilah tugas psikologis pertama sebagai calon ibu untuk dapat menerima kenyataan akan kehamilannya. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dengan suami. Banyak wanita merasa butuh dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. Libido sangat dipengaruhi kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan, dan kekhawatiran. Semua ini bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama (Kumalasari, 2015).

b. Trimester II

Trimester kedua sering disebut sebagai periode pancaran kesehatan, saat ibu merasa sehat (Kumalasari, 2015). Pada usia kehamilan ini, emosi ibu hamil jauh lebih baik dan tidak banyak keluhan yang anda rasakan pada trimester sebelumnya. Oleh karena itu, periode ini bisa disebut periode keemasan. Ibu hamil mulai bisa menyesuaikan diri dengan perubahan hormonal kehamilan. Selain itu, tidak banyak muncul keluhan-keluhan fisik. Inilah yang membuat ibu hamil bisa menjalani kehamilan dengan lebih enak dan tidak sedramatis sebelumnya (Megasari dkk, 2015).

c. Trimester III

Menurut Kusmiyati (2009) trimester ketiga ini sering disebut sebagai periode penantian. Periode ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya. Trimester tiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi. sejumlah ketakutan terlihat selama trimester ketiga. Wanita mungkin khawatir terhadap hidupnya dan bayinya, dia tidak akan tahu kapan dia akan melahirkan (Kumalasari, 2015).



## J. Ketidaknyamanan Selama kehamilan

### 1. Ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil pada trimester I

#### 1) Ngidam

##### a) Penyebab

Berkaitan dengan persepsi individu wanita hamil mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual dan muntah sehingga indra pengecap menjadi tumpul jadi makanan yang lebih merangsang dicari-cari

##### b) Tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai:

(1) Penambahan berat badan yang tidak memadai

(2) Kehilangan berat badan

(3) Malnutrisi

##### c) Cara Menangani/mengatasi

(1) Tidak seharusnya menimbulkan kekhawatiran asalkan cukup bergizi dan makanan yang diinginkan makanan yang sehat

(2) Menjelaskan makanan yang tidak baik

(3) Mendiskusikan makanan yang dapat diterima yang meliputi makanan yang bergizi dan memuaskan ngidam atau kesukaan tradisional

#### 2) Keputihan

##### a) Penyebab

(1) Hyperplasia, mukosa vagina

(2)Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocervical sebagai akibat dari peningkatan kadar esterogen

(3)Perubahan peningkatan sejumlah glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh doderlein basilus

b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

(1)Jika cairan keluar sangat banyak dan baunya menyengat atau berwarna kuning/abu-abu (beberapa penyakit kelamin servicitis dan vaginitis)

(2)Pengeluaran cairan (selaput ketuban pecah)

(3)Perdarahan pervaginaan (abduptio placentae, placenta previa, lesi pada servik)

c) Cara meringankan/mengatasi

(1)Meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari

(2)Memakai pakaian dalam yang terbuat dari kain katun agar lebih kuat daya serapnya

(3)Ganti pakaian dalam minimal 2 kali sehari

(4)Menghindari pencucian vagina (*douching*) dan mencuci vagina dari arah depan kebelakang.

(5)Gunakan bedak tabor untuk mengeringkan tetapi jangan terlalu berlebihan.

(6)Cara tradisional: merendam vagina dengan air rebusan sirih.

### 3) Rasa mual-muntah

#### a) Penyebab

- (1) Perubahan hormonal yaitu peningkatan kadar HCG, estrogen dan progesterone
- (2) Kelebihan asam klorida/asam gastric
- (3) Peristaltic lambat mengakibatkan meningkatnya estrogen dan progesterone
- (4) Pembesaran uterus
- (5) Faktor emosional yang lebih
- (6) Alergis (sekresi corpus luteum, antigen dari ayah, "keracunan histamin")

#### b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

- (1) Pertambahan berat badan yang tidak memadai
- (2) Kehilangan berat badan yang tidak signifikan
- (3) Tanda-tanda malnutrisi
- (4) Hiperemesis gravidarum (muntah yang berlebihan)

#### c) Cara meringankan/mengatasi

- (1) Makan porsi kecil tapi sering
- (2) Makan biskuit kering/roti bakar sebelum bangun dari tempat tidur di pagi hari
- (3) Makan sesuatu yang manis (permen) atau minum jus buah sebelum tidur malam dan sesudah bangun tidur

(4)Hindari makan yang berminyak dan berbumbu merangsang

(5)Duduk tegak setiap kali selesai makan

4) Pusing/sakit kepala

a) Penyebab

(1)Akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta kelelahan

(2)Tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, dinamika cairan syaraf yang berubah

b) Tanda-Tanda Bahaya/yang perlu diwaspadai

(1)Bila bertambah berat akan terus berlanjut

(2)Jika disertai dengan tekanan darah tinggi, dan proteinuria

(3)Jika ada migrant

(4)Penglihatan berkurang atau kabur

c) Cara Meringankan/Mencegah

(1)Teknik relaksasi

(2)Memassase leher dan otot bahu

(3)Penggunaan kompres panas atau es pada leher

(4)Istirahat

(5)Mandi air hangat

(6)Pengobatan

- Penggunaan yang bijaksana dari tylenol/paracetamol

- Hindari aspirin, ibuprofen, narcotics, sedative/hipnotik

## 5) Kelelahan

### a) Penyebab

Penurunan dan perubahan laju metabolisme basal pada awal kehamilan

### b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

(1) Terdapat gejala anemia (lelah, mata pucat)

(2) Ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan atau aktivitas sehari-hari

(3) Tanda dan gejala depresi

### c) Cara meringankan/mengatasi

(1) Yakinkan hal ini normal terjadi dalam kehamilan

(2) Anjurkan ibu untuk sering istirahat

(3) Lakukan aktifitas yang ringan dan nutrisi yang baik

## 2. Ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil pada trimester II :

### 1) Haemorroida

#### a) Penyebab

(1) Sering terjadi kerana konstipasi

(2) Tekanan yang meningkat dari uterus gravid terhadap vena haemorroida.

(3) Dukungan yang tidak memadai pada vena hemoroida di area anorectal.

(4) Kurangnya klep di pembuluh-pembuluh yang berakibat pada perubahan secara langsung pada aliran darah

(5) Progesteron menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar

(6) Pembesaran uterus dapat meningkatkan tekanan-tekanan spesifik pada vena haemorrhoid, tekanan mengganggu sirkulasi venous dan menyebabkan kongesti pada vena pelvic

b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

(1) Rasa nyeri pada saat melakukan defekasi

c) Cara mengurangi/mencegah

(1) Menghindari konstipasi

(2) Menghindari ketegangan selama defekasi

(3) Mandi air hangat/kompres hangat, air panas tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi

(4) Kompres es/garam Epsom

(5) Istirahat di tempat tidur dengan panggul diturunkan dan dinaikkan.

2) Konstipasi

a) Penyebab

(1) Peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat

(2)Penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot polos usus besar penyerapan air dari kolon meningkat

(3)Efek samping dari penggunaan suplemen zat besi

b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

(1)Rasa nyeri hebat di abdomen, tidak mengeluarkan gas (obstruksi)

(2)Rasa nyeri di kuadran kanan bawah (appendicitis)

c) Cara meringankan/pencegahan

(1)Tingkatkan intake cairan, serat di dalam diet seperti: buah/juice prem, minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

(2)Istirahat cukup

(3)Senam/exercise

(4)Membiasakan BAB secara teratur

(5)BAB segera setelah ada dorongan

(6)Terapi

- Gunakan pembentuk bahan padat (bongkahan) emollients. Seperti : supositoria dan lai-lain
- Hindari minyak mineral, lubrikasi, perangsang (stimulant) saline, hipersmosis, *diphenylmethane*, castor dan lain-lain.

### 3) Sesak nafas

#### a) Penyebab

Pada kehamilan 33-36 banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas hal ini karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu.

#### b) Tanda-Tanda Bahaya/yang perlu diwaspadai

(1)Jika disertai dengan demam, batuk, pernafasan cepat, malaise (infeksi)

(2)Pernafasan cepat tanpa demam (embolus)

(3)Exacerbasi (memburuknya) asthma

#### c) Cara Meringankan/Mencegah

(1)Jelaskan penyebab fisiologisnya

(2)Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hyperventilasi

(3)Secara periodik berdiri dan merentangkan lengan kepala serta menarik nafas panjang

(4)Mendorong postur tubuh yang baik melakukan pernafasan interkostal.



#### 4) Varices

##### a) Penyebab

(1)Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang menyebabkan vena menonjol.

(2)Kongesti vena dalam bagian bawah yang meningkat sejalan dengan kehamilan karena tekanan dari uterus yang hamil

(3)Kerapuhan jaringan elastic yang disebabkan oleh estrogen

(4)Kecenderungan bawaan keluarga

(5)Disebabkan factor usia, dan lama berdiri

##### b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

Tromboplebitis supervisial atau thrombosis vena yang dalam

##### c) Cara meringankan/mengatasi

(1)Angkatlah kaki saat berbaring atau duduk

(2)Berbaring dengan posisi kaki ditinggikan  $\pm 90^\circ$  beberapa kali sehari

(3)Jaga agar kaki jangan bersilangan

(4)Hindari duduk atau berdiri terlalu lama

##### d) Hindari pakaian dan korset yang ketat, jaga postur tubuh yang baik

### 3. Ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil pada trimester

#### III :

##### 1) Sakit Kepala

###### a) Penyebab

(1) Akibat kontraksi otot/spasme otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta kelelahan

(2) Tegangan mata sekunder terhadap perubahan okuler, dinamika cairan syaraf yang berubah

(3) Tanda-Tanda Bahaya/yang perlu diwaspadai

(4) Bila bertambah berat akan terus berlanjut

(5) Jika disertai dengan tekanan darah tinggi, dan proteinuria

(6) Jika ada migrant

(7) Penglihatan berkurang atau kabur

###### b) Cara Meringankan/Mencegah

(1) Teknik relaksasi

(2) Memassase leher dan otot bahu

(3) Penggunaan kompres panas atau es pada leher

(4) Istirahat

(5) Mandi air hangat

(6) Pengobatan

- Penggunaan yang bijaksana dari tylenol/paracetamol

- Hindari aspirin, ibuprofen, narcotics, sedative/hipnotik  
(Kusmiyati, 2009)

## 2) Nafas Sesak/Hyperventilasi

### a) Penyebab

Pada kehamilan 33-36 banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas hal ini karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu.

### b) Tanda-Tanda Bahaya/yang perlu diwaspadai

- (1)Jika disertai dengan demam, batuk, pernafasan cepat, malaise (infeksi)
- (2)Pernafasan cepat tanpa demam (embolus)
- (3)Exacerbasi (memburuknya) asthma.

### c) Cara Meringankan/Mencegah

- (1)Jelaskan penyebab fisiologisnya
- (2)Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hyperventilasi
- (3)Secara periodik berdiri dan merentangkan lengan kepala serta menarik nafas panjang
- (4)Mendorong postur tubuh yang baik melakukan pernafasan interkostal

(Kusmiyati, 2009 )

### 3) Nocturia ( sering BAK )

#### a) Penyebab

(1)Takanan uterus pada kandung kemih

(2)Ekskresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air.

#### b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

Wanita hamil menghadapi resiko lebih besar terhadap infeksi saluran kemih dan pyelonephritis karena ginjal dan kandung kemih mengalami perubahan

#### c) Cara meringankan/mengatasi

(1)Penjelasan mengenai terjadinya

(2)Kosongkan saat terasa dorongan untuk BAK

(3)Perbanyak minum pada siang hari

(4)Jangan kurangi minum pada malam hari kecuali jika nocturia mengganggu tidur dan menyebabkan keletihan

(5)Batasi minum bahan diuretic alamiah seperti kopi, teh, cola dengan kafein dan lain-lain (Kumiyati, 2009)

### 4) Edema Dependen

#### a) Penyebab

(1)Peningkatan kadar sodium dikarenakan pengaruh hormonal

(2)Kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah

(3)Peningkatan kadar permeabilitas kapiler

(4) Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk/pada kava inferior ketika berbaring.

b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

Jika muncul pada muka dan tangan dan disertai dengan proteinuria serta hipertensi (waspada preeklamsi/eklamsi)

c) Cara meringankan atau mencegah

(1) Hindari posisi berbaring terlentang

(2) Hindari posisi berdiri untuk waktu lama, istirahat dengan berbaring ke kiri, dengan kaki agak ditinggikan

(3) Angkat kaki ketika duduk/istirahat

(4) Hindari kaos yang ketat/tali/pita yang ketat pada kaki

(5) Lakukan senam secara teratur

(Kusmiyati, 2009)

5) Kram Kaki

a) Penyebab

(1) Kekurangan asupan kalsium

(2) Ketidakseimbangan rasio kalsium-fosfor

(3) Pembesaran uterus, sehingga memberikan tekanan pada pembuluh dasar pelvic, dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah dari tungkai bagian bawah.

b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

Tanda-tanda *thrombophlebitis superficial/thrombosis* vena yang dalam.

c) Cara meringankan/pencegahan

(1) Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfornya tinggi) dan cari yang high kalsium

(2) Berlatih dorsifleksi pada kaki untuk merengangkan otot-otot yang terkena kram

(3) Gunakan penghangat untuk otot

(4) Terapi

- Suplementasi dengan garam kalsium yang tidak mengandung fosfor
- Gunakan antacid aluminium hidroksida untuk meningkatkan pembentukan fosfor yang tidak melarut

(Kusmiyati, 2009)

6) Konstipasi

a) Penyebab

(1) Peningkatan kadar progesterone menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat

(2) Penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot polos usus besar penyerapan air dari kolon meningkat

(3) Efek samping dari penggunaan suplemen zat besi

b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

- (1) Rasa nyeri hebat di abdomen, tidak mengeluarkan gas (obstruksi)
- (2) Rasa nyeri di kuadran kanan bawah (*appendicitis*)

c) Cara meringankan/pencegahan

- (1) Tingkatkan intake cairan, serat di dalam diet seperti: buah/juice prem, minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

(2) Istirahat cukup

(3) Senam/exercise

(4) Membiasakan BAB secara teratur

(5) BAB segera setelah ada dorongan

(6) Terapi

- Gunakan pembentuk bahan padat (bongkahan)/emollients. Seperti: supositoria dan lain-lain

- Hindari minyak mineral, lubrikasi, perangsang (stimulant) saline, hipersmosis, diphenylmethane, castor dan lain-lain (Kusmiyati, 2009)

## 7) Heart Burn ( panas dalam perut )

### a) Penyebab

- (1) Relaksasi cardiac spinkter lambung karena efek meningkatnya jumlah progsteron
- (2) Menurunnya motilitas saluran cerna dihasilkan dari relaksasi otot polos, yang kemungkinan karena meningkatnya progesterone dan tekanan uterus
- (3) Kehilangan ruang fungsi lambung karena tempatnya digantikan dan ditekan oleh pembesaran uterus

### b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

- (1) Kehilangan berat badan/keletihan yang amat berat
- (2) Nyeri epigastrium disertai sakit kepala hebat, hipertensi dan edema patologis pada trimester III (preeklamsi)
- (3) Nyeri perut yang hebat (persalinan premature, appendicitis).

### c) Cara meringankan/mengatasi

- (1) Makan porsi kecil tapi sering
- (2) Hindari makanan berlemak terlalu banyak, makanan yang digoreng/makanan yang berbumbu merangsang
- (3) Hindari rokok, kopi, alcohol, coklat
- (4) Hindari berbaring setelah makan
- (5) Hindari minuman selain air putih saat makan
- (6) Kunyah permen karet



### (7)Terapi

- Gunakan antacid dengan kandungan sodium rendah (kombinasi hidroksida aluminium dan magnesium)
- Hindari dari kalsium karena dapat menimbulkan hiperaciditas (peningkatan asam dalam lambung (Kusmiyati, 2009).

### 8) Varises

#### a) Penyebab

- (1)Peningkatan volume darah dan alirannya selama kehamilan akan menekan daerah panggul dan vena di kaki, yang menyebabkan vena menonjol.
- (2)Kongesti vena dalam bagian bawah yang meningkat sejalan dengan kehamilan karena tekanan dari uterus yang hamil
- (3)Kerapuhan jaringan elastic yang disebabkan oleh estrogen
- (4)Kecenderungan bawaan keluarga
- (5)Disebabkan factor usia, dan lama berdiri

#### b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

Tromboplebitis supervisial atau thrombosis vena yang dalam

#### c) Cara meringankan/mengatasi

- (1)Angkatlah kaki saat berbaring atau duduk

(2) Berbaring dengan posisi kaki ditinggikan  $\pm 90^\circ$  beberapa kali sehari

(3) Jaga agar kaki jangan bersilangan

(4) Hindari duduk atau berdiri terlalu lama

(5) Hindari pakaian dan korset yang ketat, jaga postur tubuh yang baik

(Kusmiyati, 2009).

#### 9) Keputihan

##### a) Penyebab

(1) Hyperplasia, mukosa vagina

(2) Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocervical sebagai akibat dari peningkatan kadar esterogen

(3) Perubahan peningkatan sejumlah glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh *Lactobacillus*

##### b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

(1) Jika cairan keluar sangat banyak dan baunya menyengat atau berwarna kuning/abu-abu (beberapa penyakit kelamin servicitis dan vaginitis)

(2) Pengeluaran cairan (selaput ketuban pecah)

(3) Perdarahan pervaginaan (*abduptio placentae*, *placenta previa*, lesi pada servik)

c) Cara meringankan/mengatasi

- (1) Meningkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari
- (2) Memakai pakaian dalam yang terbuat dari kain katun agar lebih kuat daya serapnya
- (3) Ganti pakaian dalam minimal 2 kali sehari
- (4) Menghindari pencucian vagina (douching) dan mencuci vagina dari arah depan ke belakang
- (5) Gunakan bedak tabor untuk mengeringkan tetapi jangan terlalu berlebihan
- (6) Cara tradisional: merendam vagina dengan air rebusan sirih  
(Kusmiyati, 2009)

10) Haemorrhoid

a) Penyebab

- (1) Sering terjadi kerana konstipasi
- (2) Tekanan yang meningkat dari uterus gravid terhadap vena haemorroida
- (3) Dukungan yang tidak memadai pada vena hemoroida di area anorectal
- (4) Kurangnya klep di pembuluh-pembuluh yang berakibat pada perubahan secara langsung pada aliran darah
- (5) Progesteron menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar

(6)Pembesaran uterus dapat meningkatkan tekanan-tekanan spesifik pada vena haemorrhoid, tekanan mengganggu sirkulasi venous dan menyebabkan kongesti pada vena pelvic

b) Tanda-tanda bahaya/yang perlu diwaspadai

Rasa nyeri pada saat melakukan defekasi

c) Cara mengurangi/mencegah

(1)Menghindari konstipasi

(2)Menghindari ketegangan selama defekasi

(3)Mandi air hangat/kompres hangat, air panas tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi

(4)Kompres es/garam Epsom

(5)Istirahat di tempat tidur dengan panggul diturunkan dan dinaikkan

## **K. Deteksi dini bahaya atau komplikasi ibu dan janin pada kehamilan**

### 1. Peidarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam adalah perdarahan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 22 minggu. Perdarahan berwarna merah terang maupun berwarna merah tua (coklat kehitaman). Hal ini dapat mengancam kesehatan bu dan janin sehingga perdarahan yang terjadi selama kehamilan harus diselidiki. Penyebab

perdarahan yaitu abortus, kehamilan ektopik terganggu (KET) dan *mola hidatidosa*. Penatalaksanaannya yaitu:

Tabel 2.4  
penatalaksanaan pendarahan

Perdarahan	Serviks	Uterus	Gejala	Dagnosis	Tindakan
Bercak hingga sedang	Tertutup	Sesuai dengan usia kehamilan	1. Kram bawah 2. Uterus lunak	Abortus imminens	1. Observasi pendarahan 2. Istirahat 3. Hindari koitus
Bercak hingga sedang	Tertutup	Sedikit membesar dari normal	1. Pingsan 2. Nyeri perut bawah 3. Nyeri goyang portio 4. Masa adneksa 5. Cairan bebas intra abdomen	KET	1. Laparotomi 2. Parsial 3. Lalspingektomi 4. Salpingostomi
Bercak hingga sedang	Terbuka atau tertutup	Lebih kecil dari usia gestasi	1. Sedikit tanpa nyeri perut bawah 2. Riwayat ekspulsi hasil konsepsi	Abortus komplit	Tidak perlu terapi spesifik kecuali perdarahan lanjut atau terjadi infeksi
Sedang hingga masih/banyak	Terbuka	Sesuai umur kehamilan	1. Kram atau nyeri perut bawah 2. Belum terjadi ekspulsi hasil konsepsi	Abortus insipien	Evakuasi hasil konsepsi
Sedang hingga	Terbuka	Sesuai umur	1. Kram atau	Abortus	Evakuasi

masih/banyak		kehamlan	nyeri perut bawah 2. ekspulsi bagian hasil konsepsi	inkomplit	hasil konsepsi
Sedang hingga masih banyak	Terbuka	Lunak dan lebih besar dari umur kehamilan	1. Mual atau muntah 2. Kram perut bawah 3. Sindrom mirip tidk ada janin 4. Keluar jaringan seperti anggur	Abortus mola	Evakuasi tatalaksana mola

Sumber Astuti, Puji.2012.

## 2. Hipertensi Gravidarum

Hipertensi adalah kenaikan tekanan diastolik 15 mmhg atau paling rendah 90 mmhg tekanan sistolik 30 mmhg alau paling rendah 140 mmhg. Hipertensi gravidarum dibagi menjadi dua yaitu:

- a) Hipertensi gestasional yaitu hipertensi yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu tanpa disertai proteinuria atau edema preeklamsia, dan eklamsia
- b) Hipertensi kronik yaitu hipertensi yang terjadi sebelum usia kehamilan 20 minggu. (Astuti, 2012)

### 3. Nyeri perut bagian bawah

Nyeri perut bagian bawah pada kehamilan muda adalah nyeri perut pada usia kehamilan kurang dari 22 minggu Penatalaksanaan nyeri perut pada kehamilan muda

Tabel 2.5  
Penatalaksanaan Nyeri Perut

No	Tanda dan gejala	Diagnosis kemungkinan	Penatalaksanaan
1.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri perut</li> <li>2. Tumor adneksa pada periksa daam</li> <li>3. Masa tumor di perut bawah</li> <li>4. Perdarahan vagina ringan</li> </ol>	Kista ovarium	Laparotomi
2.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri perut bawah</li> <li>2. Demam</li> <li>3. Perut membengkak</li> <li>4. Anoreksi dan mual muntah</li> </ol>	Apendisitis	Laparotomi
3.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disuria</li> <li>2. Sering berkemih</li> <li>3. Nyeri perut</li> <li>4. Nyeri retro atau suprapublik</li> </ol>	Sistisis	Antibiotika
4.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disuria</li> <li>2. Sering berkemih</li> <li>3. nyeri perut</li> <li>4. Nyeri retro</li> <li>5. Nyeri</li> </ol>	Pielonefritis	Antibiotika

	pinggang		
5.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam</li> <li>2. Nyeri perut bawah</li> <li>3. Perut kembung</li> <li>4. Anoreksi, dan mual muntah</li> <li>5. Syok</li> </ol>	Peritonitis	Antibiotik
6.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri perut</li> <li>2. Pendarahan sedikit</li> <li>3. Serviks tertutup</li> <li>4. Uterus sedikit besar dan lunak</li> <li>5. Pingsan</li> <li>6. Amenorea</li> <li>7. Serviks nyeri goyang</li> </ol>	Kehamilan ektopik	Laparotomi

Sumber Astuti, Puji, 2012

#### 4. Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang hebat adalah gejala dari preeklamsia yang disebabkan vasospasmus atau oedema otak. Penanganannya yaitu istirahat, rileksasi, pantau tekanan darah, proteinuria, refleks analgetik jika perlu (Astuti, 2012).

#### 5. Penglihatan kabur

Masalah visual yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam adalah perubahan visual yang mendadak, misal pandangan kabur dan ada bayang-bayang. Perubahan penglihatan



mungkin disertai sakit kepala yang hebat dan mungkin menandakan preeklamsi. Penanganannya yaitu pemeriksaan retina berulang, konsumsi makanan mengandung vitamin A, dan Istirahat (Astuti, 2012).

6. Bengkak di wajah dan jari tangan

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

7. Keluar cairan pervaginam

Dapat disebutkan pecah sehelim waktunya yang pecah sebelum ada pembukaan pada servik. Untuk primigravida kurang dari 3 cm dan pada multigravida kurang dari 5 cm. harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban, jika keluaranya cairan tidak terasa, berbau amis, dan warna putih keruh, berat yang keluar adaah air ketuban. Penilaian dapat menggunakan USG, amniosentesis, penggunaan kertas lakmus. Pengaruh pada kehamilan dan persalinan adalah prerriaturitas, gawal jain, infeksi intra uterine dan persalinan paloloyis. Penanganan yaitu dengan antibiotik, observasi keluar cairan. (Astuti,2012)

8. Gerakan janin tidak terasa

Gerakan jarin mulai dirasakan oleh ibu pada kehamilan trimester II sekitar minggu ke 20 atau minggu ke 24. Total gerakan janin pada trimester III mencapai 20 kali perhari. Keadaan berbahaya yang

bisa mengancam keselamatan janin dalam kandungan yaitu bila gerakannya kurang dari tiga kali dalam periode 3 jam. Hal ini bisa merupakan pertanda adanya gawat janin. Penilaian yaitu pastikan ke ibu kapan mulai tidak dirasakan, raba gerakan janin dengarkan DJJ, USG. (Astuti, 2012)

### **L. Standar Pelayanan Kehamilan**

#### 1. pelayanan kehamilan

adalah ketentuan syarat yang harus dimiliki oleh bidan dan diterapkan serta dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan asuhan kehamilan (Rukiah, 2013).

- a) Kehamilan trimester I (<14 minggu) satu kali kunjungan.
- b) Kehamilan trimester II (14-28 minggu) satu kali kunjungan.
- c) Kehamilan trimester III (28-36 minggu) dua kali kunjungan.

#### **Pemeriksaan Ulang :**

- a) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan.
- b) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan.
- c) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas untuk mewujudkan

generasi yang berkualitas. Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar (10T), menurut IBI 2016 yakni:

1. Timbang berat badan dan tinggi badan (Rukiah, 2013)

Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu berdasarkan masa tubuh (BMI: Body Masa Indeks) dimana metode ini untuk menentukan pertambahan berat badan yang optimal selama masa kehamilan, karena merupakan hal yang penting mengetahui BMI wanita hamil. Total pertambahan berat badan pada kehamilan yang normal 11,5 – 16 kg. Adapun tinggi badan menentukan ukuran panggul ibu, ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil antara lain yaitu > 145 cm.

Indeks Masa Tubuh (IMT) merupakan alat sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa yang berusia >18 tahun, kecuali bayi, anak-anak, ibu hamil, olahragawan, dan orang dengan penyakit khusus seperti asites, diabetes mellitus, dll.

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (Kg)}}{\text{Tinggi Badan (M)} \times \text{Tinggi badan (M)}}$$

BMI dapat diinterpretasikan dalam kategori sebagai berikut :

- a. Kurang dari 19,8 adalah berat kurang atau rendah.
- b. 19,8 sampai dengan 26,0 normal.
- c. 26,0 sampai dengan 29 adalah berat lebih atau tinggi.
- d. Lebih dari 29 obesitas.

## 2. Ukur tekanan darah

Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama masa kehamilan, tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi tekanan darah sistolik 140 mmHg atau diastolik 90 mmHg pada saat awal pemeriksaan dapat mengindikasikan potensi hipertensi (Rukiah, 2013).

## 3. Nilai status Gizi (Ukur lingkaran lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK. Kekurangan energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

## 4. Ukur tinggi fundus uteri

Menggunakan pita centimeter, letakkan titik nol pada tepi atas symphysis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

## 5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk

ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

#### 6. Skrining Status Imunisasi Tetanus

Untuk mencegah terjadinya Tetanus Neonatorium, ibu harus mendapat imunisasi TT. Pemberian imunisasi pada TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki TT 2 agar dapat perlindungan dari infeksi tetanus yang lama perlindungannya 3 tahun. Ibu hamil dengan status imunisasi TT 5 (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

Tabel 2.6  
Imunisasi TT Pada Ibu Hamil

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99

TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99
-----	------------------------	--------------------------	----

Sumber: saifuddin, 2013

#### 7. Pemberian tablet tambah darah (Tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

#### 8. Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, protein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemic (malaria, IMS, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

##### a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah berguna untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Kasifikasi anemia menurut Rukiah (2013):

Hb  $\geq$ 11,0 gr% : tidak anemia

Hb 9-10 gr% : anemia ringan

Hb 7-8 gr% : anemia sedang

Hb  $\leq$ 7,0 gr% : anemia berat

c) Pemeriksaan protein dalam urin

Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan kadar gula darah

Pemeriksaan gula darah kehamilan minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga.

e) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama.

f) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis.

g) Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemic HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.

h) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkolosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkolosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

9. Tatalaksana/penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standard dan kewenangan bidan.

10. Temu Wicara (Konseling)

Temu Wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

- a) Kesehatan ibu
- b) Perilaku hidup bersih dan sehat
- c) Peran suami/keluarga dalam kehamilan, persalinan
- d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- e) Asupan gizi seimbang



- f) Gejala penyakit menular dan tidak menular
  - g) Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemis meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah.
  - h) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif
  - i) KB paska persalinan
  - j) Imunisasi
  - k) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (Brain Booster)
2. Tujuan Asuhan Antenatal adalah sebagai berikut
- a) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan Ibu dan tumbuh kembang bayi.
  - b) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi
  - c) Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan
  - d) Memperiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
  - e) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif

- f) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Prawirihardjo, 2009)

### **M. Persiapan Persalinan**

Salah satu peran seta suami dalam menurunkan angka kematian Ibu adalah suami dapat memastikan persalinan isterinya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan dapat berjalan dengan aman. Untuk suam perlu diberikan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan tentang persiapan persalinan yang aman (Depkes RI, 2008). Membuat rencana persalinan idealnya setiap ibu hamil dan suami harus mempunyai kesempatan untuk membuat suatu rencana persalinan.

Hal-hal di bawah ini haruslah digali dan diputuskandalam membuat rencana persalinan tersebut:

- a) Menentukan tempat persalinan. Ibu hamil dan suami dapat menentukan tempat bersalin yang diinginkan, untuk menentukan tempat bersalin maka suami harus mengetahui tempat-tempat bersalin yang aman seperti: di rumah ibu hamil atau di rumah orang tua dengan persyaratan lingkungan bersih dan aman, di polindes, di Puskesmas rawat inap, bidan praktek swasta, di rumah bersalin dan di rumah sakit terdekat yang disesuaikan dengan kondisi ibu hamil.

b) Memilih kelahiran di rumah

Wanita yang memilih untuk melahirkan dirumah mempunyai berbagai alasan untuk keputusan mereka. Beberapa ibu didalam hatinya merasa bahwa disinilah bayi mereka harus dilahirkan beberapa lainnya merasa bahwa mereka akan lebih santai berada dirumah sendiri. Beberapa sangat menghargai privasi yang mereka dapatkan dirumah dan kebebasan untuk apa yang mereka pilih, lainnya menganggap rumah sakit menakutkan dan mereka takut menjalani banyak tindakan medis jika melahirkan disana

c) Memilih Rumah Sakit atau Rumah Bersalin

Para wanita yang memilih melahirkan di rumah sakit merasa tenang karena banyak dokter dan bidan yang bekerja disana sebagian lainnya merasa bahwa melahirkan dengan peralatan teknologi lebih aman, sebagian lebih tertarik fasilitas khusus yang ditawarkan.

d) Memilih layanan domino

Layanan domino berarti seorang bidan mendampingi ibu sepanjang masa kehamilan. mengantar ibu untuk proses melahirkan, dan setelah itu kembali menemani ibu pulang kerumah untuk beberapa waktu. Meskipun tidak setiap daerah menyediakan pelayanan ini dan dalam kenyataanya ibu mungkin mendapatkan bidan yang lain dengan bidan yang merawat ibu disepanjang masa kehamilan.

- e) Memilih tenaga kesehatan terlatih. Ibu hamil dan suami dapat menentukan siapakah yang akan menolong persalinan. Macam-macam tenaga kesehatan untuk menolong persalinan yang terlatih adalah: bidan desa, bidan praktek swasta, dokter umum dan dokter ahli kebidanan.
- f) Bagaimana transportasi ke tempat tenaga kesehatan dan ketempat bersalin tersebut. Bila ibu memilih tempat bersalin bukan dirumah sendiri maka ibu dan suami perlu mengetahui berapa jarak yang ditempuh ke tempat bersalin, apakah ada kendaraan umum, kalau tidak bagaimana cara ibu menuju ketempat bersalin, meminjam kendaraan keluarga atau tetangga, apakah ada ambulan desa.
- g) Pendamping persalinan, keberadaan pendamping akan membawa dampak yang baik pada proses persalinan karena dapat memberikan dukungan, semangat, dan rasa aman. Jika seorang wanita ingin didampingi selama proses persalinan, mintalah kepada suami atau keluarga yang terdekat dukungan yang perlu diberikan meliputi:
- 1) Memberikan dukungan psikologi terhadap perubahan fisik dan emosional pada ibu hamil.
  - 2) Mempersiapkan keuangan keluarga untuk kelahiran anak dengan mulai menabung sejak usia dini kehamilan
  - 3) Mengingatkan dan menemani ibu meriksakan kehamilan

- 4) Membantu pekerjaan rumah tangga dan mengingatkan ibu hamil agar beristirahat.
  - 5) Menghentikan kebiasaan merokok terutama didalam rumah.
  - 6) Menghentikan kekerasan pada ibu hamil.
  - 7) Merencanakan dimana akan bersalin apa penolong persalinan serta tempat rujukan apabila ditemui kegawatdaruratan
  - 8) SIAGA (Siap Antar Jaga)
    - a) Siap jika melihat tanda-tanda bahaya kehamilan.
    - b) Antar ketempat pelayanan bila akan melahirkan dan siap menjadi donor darah bila diperlukan.
    - c) Jaga ibu selama hamil, melahirkan, dan nifas.
  - 9) Mencegah kekerasan pada ibu hamil baik secara psikis ekonomi dan fisik.
  - 10) Mengantarkan dan menolong ibu untuk memberikan ASI eksklusif
- h) Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut. Apakah ibu mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan: asuransi kesehatan, Jam sostek, dana sehat dan tabulin. Ibu dan suami sudah mengetahui berapa jumlah biaya persalinan yang dibutuhkan.
- i) Siapa yang akan menjaga keluarganya jika ibu tidak ada. Apakah ibu dan suami sudah menghubungi orang yang menjaga rumah dan keluarga bila ibu bersalin

j) Donor darah

Donor darah juga perlu dipersiapkan untuk persalinan. Ini tambahan darah bisa langsung ditangani, jadi ibu hamil perlu mencari orang yang golongan darahnya sama dan bersedia untuk mendonorkan darahnya .

k) Beberapa perlengkapan ibu dan bayi

Perlengkapan yang harus dibawa ketempat persalinan antara lain:

- (1) Kartu periksa hamil
- (2) Alat mandi seperti handuk besar buah, handuk kecil 2 buah, sabun, sikat gigi, pasta gigi.
- (3) Pakaian ganti ibu seperti Baju atasan (blus) dengan kancing didepan atau belah depan, kain panjang atau sarung, kutang, gurita ibu, pembalut wanita.
- (4) Pakaian bayi untuk pulang 1 set terdiri atas:
  - (a) Popok bayi
  - (b) Baju bayi
  - (c) Celana panjang bayi
  - (d) Gurita bayi
  - (e) Kaos tangan dan kaki bayi
  - (f) Topi bayi
  - (g) Selimut bayi

(5) Alat mandi bayi seperti:

- (a) Sabun bayi
- (b) Bedak bayi
- (c) Washlap/lap mandi

(6) Alat rias ibu seperti: bedak, lipstik, sisir dan lain-lain

1) Penting bagi bidan dan suami untuk mendiskusikan;

1) Siapa pembuat keputusan utama dalam keluarga? Ibu hamil dan suami sebaiknya menentukan pembuat keputusan suami, orang tua, mertua atau orang yang dituakan dalam keluarga.

2) Siapa yang akan membuat keputusan jika pembuat keputusan utama tidak ada saat terjadi kegawatdaruratan? Setelah ibu dan suami memutuskan pembuatan keputusan utama, ibu dan suami juga telah menentukan pembuat keputusan pengganti bila pembuat keputusan utama tidak ada.

3) Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan

4) Banyak ibu yang meninggal karena komplikasi yang serius selama kehamilan, persalinan, atau pasca persalinan, tetapi tidak mempunyai jangkauan transportasi yang dapat membawa mereka ke tingkat asuhan kesehatan yang dapat memberikan asuhan yang kompeten untuk masalah mereka. Setiap keluarga harus mempunyai suatu rencana transportasi untuk ibu jika ia mengalami komplikasi dan segera dirujuk ke tingkat asuhan

yang lebih tinggi. Rencana ini perlu dipersiapkan lebih dini dalam kehamilan.

- 5) Dimana ibu akan bersalin bila terjadi komplikasi. Di Puskesmas yang ada di desa, atau rumah sakit di kota.
- 6) Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawatdaruratan dan sudah merencanakan transportasi yang akan digunakan.
- 7) Ke fasilitas kesehatan yang mana ibu tersebut harus dirujuk. Seperti Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar yang dikenal dengan Poned atau Ponek (Komprehensif).
- 8) Bagaimana cara mendapatkan dana jika terjadi kegawatdaruratan. Apakah sudah dipersiapkan dana, meminjam dari keluarga lain, apakah ada dana masyarakat yang sudah disiapkan secara bersama di desa tempat ibu tinggal. Bagaimana cara mencari donor darah yang potensial.
- 9) Apakah di desa tempat ibu tinggal sudah mempunyai daftar golongan darah masyarakat, apakah ada keluarga yang mempunyai golongan darah yang sama dengan ibu hamil apakah di tempat ibu tinggal sudah ada kerjasama antara pelayanan kesehatan dengan Palang Merah Indonesia
- 10) Keluarga harus dianjurkan untuk menabung sejumlah uang akan tersedia untuk asuhan selama sehingga dana kehamilan jika



terjadi kegawatdaruratan. Banyak sekali khusus, ibu tidak mencari asuhan atau mendapatkan asuhan karena mereka tidak mempunyai dana yang diperlukan

- 11) Seorang suami dapat memberikan segala sesuatunya untuk persalinan. Seperti pembalut wanita atau kain, baju ibu yang memudahkan untuk menyusui bayinya, sabun, seprei. perlengkapan bayi dan menyimpannya untuk persiapan persalinan.
- 12) Keluarga harus dianjurkan untuk menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan jika terjadi kegawatdaruratan (Depkes RI, 2008).

## **2.1.2 KONSEP DASAR PERSALINAN**

### **A. Definisi Persalinan**

Persalinan normal menurut WHO (2010) adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat. Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari

serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah (Rohani, 2011).

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membran 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, 2014).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup di luar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalinan normal atau persaliman spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau perlongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam (Wiknjosastro, 2012)

## **B. Teori Tejadinya Persalinan**

Ada beberapa teori yang mendukung tentang penyebab mulainya persalinan diantaranya:

a) Teori penurunan kadar hormon progesteron.

Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar hormon progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion (Oktarina, 2016).

b) Teori rangsangan estrogen.

Estrogen menyebabkan iritability miometrium, estrogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada desidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus (miometrium) (Oktarina, 2016).

c) Teori reseptor oksitosin dan kontraksi braxton hicks.

Kontraksi persalinan tidak terjadi secara mendadak, tapi berlangsung lama dan persiapan semakin meningkatnya reseptor oksitosin. Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri, ia makin berkurang jumlahnya di segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak dijumpai pada serviks uteri (Oktarina, 2016).

d) Teori keregangan.

(1) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas waktu tertentu.

(2) Setelah melewati batas waktu tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai (Rohani dkk, 2011).

e) Teori oksitosin

Hormon oksitosin mempengaruhi kontraksi otot-otot rahim. Pada akhir kehamilan, kadar oksitosin bertambah, sehingga uterus menjadi lebih sering berkontraksi.

f) Teori plasenta sudah tua.

Menurut teori ini, plasenta menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim (Marmi, 2012).

g) Teori distensi Rahim

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi *uteroplasenter* sehingga plasenta mengalami degenerasi (Manuaba, 2010).

h) Teori iritasi mekanik

Tekanan pada ganglion servikale dari *pleksus frankenhauser* yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan.

i) Induksi partus (*induction of labour*)

Partus yang ditimbulkan dengan jalan :

(1)Memecahkan ketuban (amniotomi) Pemecahan ketuban akan mengurangi keregangannya otot rahim sehingga kontraksi segera dapat dimulai.

- (2)Induksi persalinan secara hormonal/kimiawi Dengan pemberian oksitosin drip/prostaglandin dapat mengakibatkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
- (3)Induksi persalinan dengan mekanis dengan menggunakan beberapa gagang laminaria yang dimasukkan dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser.
- (4)Induksi persalinan dengan tindakan operasi dengan cara seksio caesaria (Manuaba, 2009).

### **C. Sebab Terjadinya Persalinan**

Perubahan fisiologi yang terjadi pada tahap persalinan adalah sebagai berikut:

#### **1. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan yaitu (Walyani, 2016):**

##### **a) Adanya Kontraksi Rahim**

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

Kontraksi biasanya disertai rasa sakit, nyeri, makin mendekati kontraksi selanjutnya. Sifat his persalinan adalah (Sondank, 2013):

1. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
2. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
3. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.

b) Pengeluaran lendir dengan darah

Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang di maksud sebagai buldyslim. Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan (Walyani, 2016):

1. Pendataran dan pembukaan
2. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas.
3. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

c) Keluarnya air-air (ketuban)

Proses penting menjelang persalinan adalah pecahnya air ketuban. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal

dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Normalnya air ketuban ialah cairan yang bersih, jernih, dan tidak berbau. Sebagian besar, keadaannya ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam (Sondank, 2013).

#### d) Pembukaan Serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi serviks yang cepat. Proses pembukaan serviks, yaitu (Sondank, 2013):

- a. Perlunakan serviks
- b. Pendataran serviks
- c. Pembukaan serviks

## 2. Tanda Dan Gejala Persalinan

Menurut Marmi (2012) tanda-tanda inpartu sebagai berikut:

#### a. Perasaan distensi berkurang (lightening)

Lightening adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu menjelang persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap (engaged) setelah lightening. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang

karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar di dalam abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun lightning tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi pada struktur di area pelvis minor.

Lightening menyebabkan tinggi fundus menurun ke posisi yang sama dengan posisi fundus pada usia kehamilan 8 bulan. Pada kondisi ini, bidan tidak dapat melakukan pemeriksaan ballotement terhadap kepala janin yang sebelumnya dapat digerakkan diatas simfisis pubi pada palpasi abdomen. Pada Leopold 4 jari-jari yang sebelumnya merapat sekarang akan memisah lebar (Asri, 2012).

b. Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi (Asri, 2012).

c. Terjadinya His

His adalah kontraksi yang menimbulkan rasa nyeri pada bagian perut serta menimbulkan pembukaan serviks dan dapat diraba.



His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

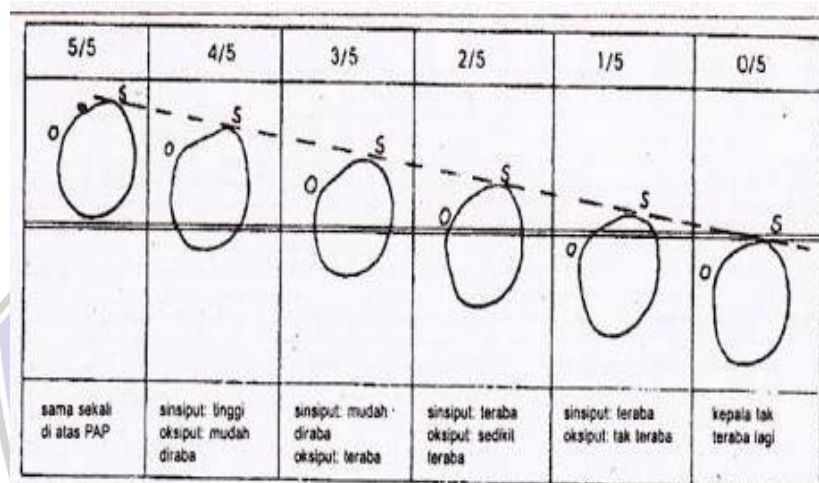
- 1) Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan
- 2) Sifat his teratur, interal semakin pendek dan kekuatan semakin besar
- 3) Terjadi perubahan pada serviks
- 4) Jika pasien menambah aktivitasnya, maka kekuatan hisnya akan bertambah

d. Penurunan Kepala Janin

Penilaian penurunan kepala dilakukan dengan menghitung proporsi bagian bawah janin yang masih berada diatas tepi atas symfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan (perlimaanan). Bagian diatas symfisis adalah proporsi yang belum masuk PAP.

- 1) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas symfisis pubis.
- 2) 4/5 jika sebagian (1/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.
- 3) 3/5 jika sebagian (2/5) bagian terbawah janin telah memasuki PAP.
- 4) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin yang masih berada diatas symfisis dan (3/5) bagian telah masuk PAP.

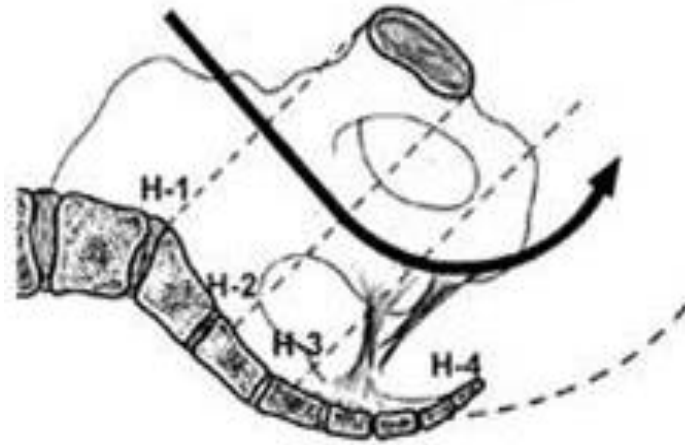
- 5) 1/5 jika 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas symfisis dan 4/5 bagian telah masuk PAP.
- 6) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat teraba dari pemeriksaan luar dan bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam rongga panggul (Widia, 2015 ).



Gambar 2.10  
Penurunan Kepala Perlimaan  
Sumber: Wasidhagono.blogspot.com

e. Hodge

Bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/ vagina touch



(VT).

Gambar 2.11  
Hodge I-IV  
Sumber: <https://duniabidan.com>

Hodge I :dibentuk pada lingkaran pap dengan bagian atas symphysis pada promontorium.

Hodge II :sejajar dengan Hodge I setinggi pinggr bawah symphysis.

Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.

Hodge IV : sejajar I, II, dan III setinggi oc coccygis.

f. Keluarnya lendir bercampur darah

Pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka sedangkan keluarnya lendir berasal dari

pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir dari kanali servikalis.

g. Kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Jika ketuban telah pecah, diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam waktu 24 jam, namun apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu seperti ekstraksi vakum, atau SC.

#### **D. Jenis-Jenis Persalinan**

Menurut Oktarina, Mika (2016) jenis-jenis persalinan berdasarkan definisi dibagi menjadi:

a. Persalinan Spontan

Bila seluruh persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan buatan

Persalinan buatan yaitu persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya dengan ekstraksi forceps, ekstraksi vakum dan sectio sesaria.

c. Persalinan anjuran

Persalinan anjuran yaitu bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan pemberian rangsang. Misalnya pemberian pitocin dan prostaglandin (Prawirohardjo, 2010).

Menurut Rohani dkk (2011) jenis-jenis persalinan berdasarkan cara persalinan dibagi menjadi:

a) Persalinan Normal

mengatakan bahwa persalinan normal yaitu proses pengeluaran janin yang terjadi pada kelahiran cukup bulan (37-40 minggu), lahir melalui jalan lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18-24 jam, persalinan dikatakan normal apabila tidak ada komplikasi dan persalinan dilakukan dengan tenaga ibu sendiri dan Lama persalinan tidak boleh lebih dari 24 jam (Oxom, 2010).

b) Persalinan luar biasa (abnormal)

Menurut Mochtar (2011), menyatakan bahwa proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar, dapat disebut juga dengan persalinan luar biasa (abnormal) yaitu persalinan dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut atau dengan melakukan operasi *caesarea*.

Menurut Mochtar (2011) persalinan berdasarkan umur kehamilan:

- (1) Abortus adalah terhentinya proses kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viable*), berat janin di bawah 1.000 gram atau usia kehamilan di bawah 28 minggu.

- (2) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada umur kehamilan 28-36 minggu. Janin dapat hidup, tetapi prematur: berat janin antara 1.000-2.500 gram.
- (3) Partus matures atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada umur kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2.500 gram.
- (4) Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.
- (5) Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin di kamar mandi, di atas kendaraan, dan sebagainya.
- (6) Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya *Cephalo pelvic Disproportion* (CPD) (Rohani dkk, 2011).

#### **E. Tahapan Persalinan**

Persalinan dibagi dalam 4 kala menurut Saifuddin (2008), yaitu:

##### **a. Kala I**

Dimulai dari saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm) (Saifuddin, 2009). Inpartu ditandai dengan keluarnya lender bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala 1 disebut juga sebagai kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan (Manuaba, 2009). Proses pembukaan serviks sebagai akibat his di bagi menjadi 2 fase :

1) Fase Laten

Pembukaan serviks 1 hingga 3 cm sekitar 8 jam (Oktarina M, 2016). Fase yang di mulai pada pembukaan serviks 0 dan berakhir sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm. Pada fase ini kontraksi uterus meningkat. Frekuensi, durasi dan intensitasnya setiap 10-20 menit, lama 15-20 detik dengan intensitas cukup menjadi 5-7 menit, lama 30-40 detik dan dengan intensitas yang kuat (Saifuddin, 2014).

2) Fase Aktif

Pembukaan serviks 4 hingga lengkap (10 cm), sekitar 6 jam (Oktarina M, 2016). Fase yang di mulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir sampai pembukaan serviks mencapai 10 cm. Pada fase ini kontraksi uterus menjadi efektif di tandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi dan kekuatan kontraksi. Tekanan puncak kontraksi yang di hasilkan mencapai 40-50 mmHg. Di fase aktif, kontraksi berlangsung antara 2-3 menit sekali selama 60 detik, dengan

kekuatan lebih dari 40 mmHg. Fase aktif di bedakan menjadi fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi (Rohani dkk, 2011)

- a) Fase Akselerasi: dari pembukaan serviks 3 cm menjadi 4 cm, fase ini merupakan fase persiapan menuju fase berikutnya.
- b) Fase Dilatasi Maksimal: fase ini merupakan waktu ketika dilatasi serviks meningkat dengan cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm selama 2 jam. Normalnya pembukaan serviks pada fase ini konstan yaitu 3 cm perjam untuk multipara dan 1,2 cm untuk primipara.
- c) Fase Deselerasi: merupakan akhir fase aktif, di mana dilatasi serviks pada fase ini berjalan lambat, rata-rata 1 cm perjam, namun pada multipara dapat berjalan lebih cepat (Marmi, 2012).

Asuhan-asuhan Kebidanan Pada Kala I yaitu:

- a) Pemantauan terus menerus kemajuan persalinan menggunakan partograf.
- b) Pemantauan terus-menerus vital sign.
- c) Pemantauan terus menerus terhadap keadaan bayi.
- d) Pemberian hidrasi bagi pasien.
- e) Menganjurkan dan membantu pasien dalam upaya perubahan posisi dan ambulansi.



- f) Mengupayakan tindakan yang membuat pasien nyaman.
- g) Memfasilitasi dukungan keluarga (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010).

b. Kala II

Kala 2 di sebut juga kala pengeluaran. Kala ini di mulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam multigravida. (Sumarah, 2008). Tanda dan gejala kala 2 adalah sebagai berikut:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- 2) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 3) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan/atau vagina.
- 4) Perineum menonjol.
- 5) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- 6) Menjelang akhir kala 1 ketuban pecah yang di tandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 7) Ketuban pecah pada pembukaan yang di deteksi lengkap dan di ikuti keinginan untuk mengejan, keran tertekannya *fleksus frankenhauser*.

- 8) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu, sub occiput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian lahir secara berturut-turut lahir ubun-ubun bear, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya.
- 9) Kepala lahir seluruhnya dan di ikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- 10) Setelah putar paksi luar, maka persalinan bayi di tolong dengan jalan :
- a) Kepala di pegang pada occiput dan di bawah dagu, di tarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu belakang, kemudian di tarik ke atas sedikit untuk mengeluarkan bahu depan.
  - b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak di kain untuk melahirkan sisa badan bayi.
  - c) Bayi lahir di ikuti oleh air ketuban`
- 11) Pada primigravida kala 2 ini berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 30 menit. (Megasari dkk, 2015).

Tabel 2.7  
Lamanya persalinan

Lama Persalinan		
Tahapan	Primipara	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam

Kala III	½ jam	¼ jam
Total	14 ½ jam	7 ¾ jam

Sumber : Rohani dkk, 2011.

Asuhan-asuhan Kebidanan Pada Kala II Yaitu :

- 1) Evaluasi kontinuitas kesejahteraan ibu.
  - 2) Evaluasi kontinuitas kesejahteraan janin.
  - 3) Evaluasi kontinuitas kemajuan persalinan.
  - 4) Perawatan tubuh wanita.
  - 5) Asuhan pendukung wanita dan orang terdekatnya serta keluarga.
  - 6) Persiapan kelahiran.
  - 7) Pentalaksanaan kelahiran.
  - 8) Pembuatan keputusan untuk penatalaksanaan kala II kelahiran.
- c. Kala III

Setelah kala dua, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit.

Dengan lahirnya bayi sudah mulai pelepasan plasentanya pada lapisan Nitabusch, karena sifat kontraksi otot rahim (Megasari dkk, 2015).

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Jika lebih dari 30 menit, maka harus di beri penanganan yang lebih atau dirujuk

(Sumarah, 2008). Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda:

- 1) Uterus menjadi bundar
- 2) Uterus terdorong ke atas kerana plasenta dilepas ke segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan

Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir (Marmi, 2012). Pelepasan plasenta terjadi dalam 2 mekanisme, yaitu :

- 1) Mekanisme Schultze, yaitu darah dari tempat plasenta tercurah dalam kantong inversi dan tidak mengalir keluar sampai setelah ekstruksi plasenta.
- 2) Mekanisme Duncan yakni pemisahan plasenta pertama kali terjadi di perifer, dengan akibat darah mengumpul diantara membrane dinding uterus dan keluar dari plasenta. Pada situasi ini, plasenta turun ke vagina secara menyamping, dan permukaan ibu adalah yang pertama kali terlihat di vulva (Prawirohardjo, 2008).

#### d. Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah:

- 1) Memeriksa tingkat kesadaran.
- 2) Pemeriksaan tanda tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
- 3) Kontrasi uterus
- 4) Terjadi perdarahan atau jumlah perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Rohani dkk, 2011).

Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- 1) Lakukan rangsangan taktil (seperti pemijatan) pada uterus, untuk merangsang uterus berkontraksi.
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang antara pusat dan fundus uteri. Periksa fundus setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.
- 3) Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi. Tawarkan ibu untuk makan atau minum yang sukainya.
- 4) Bersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
- 5) Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu pada posisi yang nyaman.
- 6) Biarkan bayi berada didekat ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi. Menyusui juga dapat dipakai

sebagai permulaan dalam meningkatkan hubungan ibu dan bayi.

- 7) Bayi sangat siap segera setelah melahirkan. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga dapat membantu proses kontraksi uterus.
- 8) Perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan.
- 9) Periksa perineum dari perdarahan aktif (misalnya apakah ada laserasi atau episiotomy)
- 10) Evaluasi kondisi ibu secara umum.
- 11) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama kala IV persalinan di halaman belakang partograf segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan.

Pemantauan keadaan umum ibu pada kala IV:

Sebagian besar kejadian kesakitan dan kematian ibu disebabkan oleh perdarahan postpartum dan terjadi dalam 4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Karena alasan ini, penting sekali untuk memantau ibu secara ketat segera setelah setiap tahapan atau kala persalinan dilakukan.

Hal-hal yang perlu dipantau selama dua jam pertama pasca persalinan:

- 1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.

- 2) Pemijatan uterus untuk memastikan uterus menjadi keras, setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua pada kala IV.
- 3) Pantau suhu ibu satu kali dalam jam pertama dan satu kali pada jam kedua pasca persalinan.
- 4) Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan 30 menit dalam satu jam kedua.

Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus, juga bagaimana melakukan pemijatan jika uterus menjadi lembek.

#### **F. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalianan**

##### **1. Power (Kekuatan)**

Power adalah kekuatan atau tenaga dari ibu yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:

##### **a) His (kontraksi uterus)**

His adalah kekuatan kontraksi pada uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan pada fundus, terkoordinasi, dan terjadi relaksasi His bersifat involunter karena berada di bawah pengaruh saraf intrinsik, artinya ibu tidak memiliki kendali fisiologis terhadap frekuensi dan durasi his. Kontraksi uterus juga bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus di antara kontraksi. Fungsi terjadinya relaksasi, adalah

mengistirahatkan otot uterus, sempurna. Sifat his yang baik adalah bersifat simetris, dominan memberi kesempatan istirahat bagi ibu, dan mempertahankan kesejahteraan janin karena kontraksi uterus menyebabkan kontriksi pembuluh darah plasenta.

1) Pembagian his dan sifatnya:

- His pendahuluan atau his palsu (false labor pain)

His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri diperut bagian bawah dan pada lipatan paha. Lama kontraksi masih pendek dan tidak bertambah kuat bila ibu berjalan, bahkan sering berkurang. His ini juga tidak mempengaruhi perubahan pada serviks.

- His pembukaan

His ini dapat menyebabkan terjadinya pembukaan dan penipisan serviks, semakin lama semakin kuat, teratur dan sakit.

- His pengeluaran

His ini sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi yang berfungsi untuk mengeluarkan janin

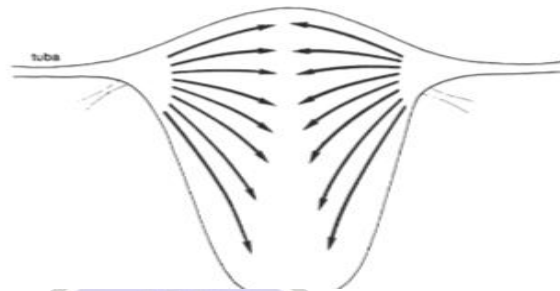
- His pelepasan plasenta

Kontraksinya sedang, berfungsi untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta



- His pengiring

His ini terjadi pada persalinan kala IV, kontraksi lemah, masih sedikit nyeri dan membantu terjadinya involusi uterus.



Gambar 2.12

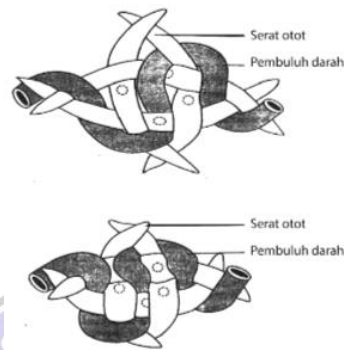
Kontraksi uterus, dari tuba dan ligamentum rotundum menjalar ke seluruh uterus

Sumber: Wiknjosastro, 2011

b) Hal hal yang harus di perhatikan pada his persalinan

- Frekuensi his adalah jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya per 10 menit dalam waktu 30 menit
- Amplitudo atau intensitas adalah kekuatan his diukur dengan satuan mmHg. Kekuatan his dapat diraba secara palpasi, kekuatan kontraksi menimbulkan naiknya tekanan intrauterin sampai 35 mmHg. Kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari pemeriksa dapat menekan dinding rahim ke dalam.
- Durasi his adalah lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik.

- Interval his adalah tenggang waktu antara kedua his.
- Kekuatan his adalah hasil perkalian antara amplitudo dengan frekuensi yang ditetapkan dengan satuan unit Montevideo



Gambar 2.13  
Atas: Mekanisme otot relaksasi, dan bawah: Mekanisme otot berkontraksi  
Sumber: Widiastini, 2018

c) Perubahan-perubahan akibat his/kontraksi

- Uterus  
Kontraksi menyebabkan uterus terasa keras/padat. Pada kehamilan lanjut uterus terbagi menjadi 2 segmen, yaitu segmen atas dan segmen bawah. Segmen atas dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah yang terjadi di isthmus uteri. Pada saat kontraksi segmen atas memegang peranan aktif, dindingnya menjadi tebal, dan mendorong janin untuk keluar. Sedangkan segmen bawah memegang peranan pasif yaitu

terjadi relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran tipis dan teregang karena akan di lalui oleh janin.

- Servik

Kontraksi menyebabkan serviks menjadi mendatar dan membuka.

- Janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplasenter berkurang, sehingga menimbulkan hipoksia pada janin.

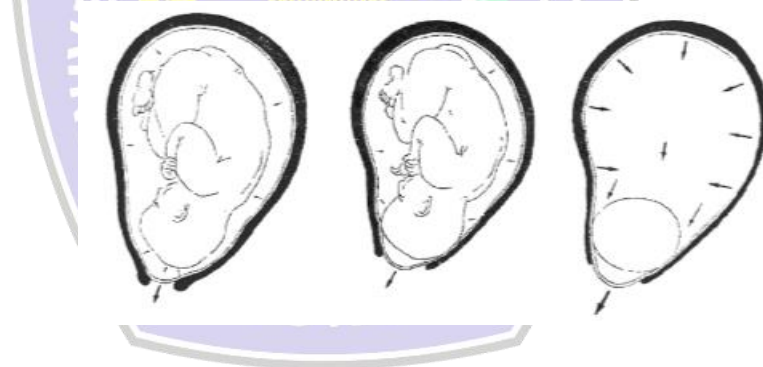
- Ibu akan merasakan nyeri karena kontraksi rahim dan iskemia pada rahim.

## 2. Tenaga mendedan

Setelah pembukaan pada servik lengkap, ketuban telah pecah atau di pecahkan, dan sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yaitu bersifat mendorong keluar di bantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha volunter. Keinginan ibu untuk mendedan dapat di sebabkan karena:

- 1) Kontraksi otot-otot dinding perut mengakibatkan terjadi peningkatan tekanan intra abdominal, sehingga menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar.

- 2) Tenaga mengejan saat melahirkan janin hampir sama dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB), namun jauh lebih kuat.
- 3) Saat kepala janin sampai ke dasar panggul, timbul refleks yang menyebabkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah.
- 4) Tenaga mengedan dapat berhasil jika pembukaan sudah lengkap dan efektif sewaktu ada his.
- 5) Jika tenaga mengedan ibu tidak ada, maka janin tidak dapat lahir.



Gambar 2.14

Kontraksi otot-otot dinding perut

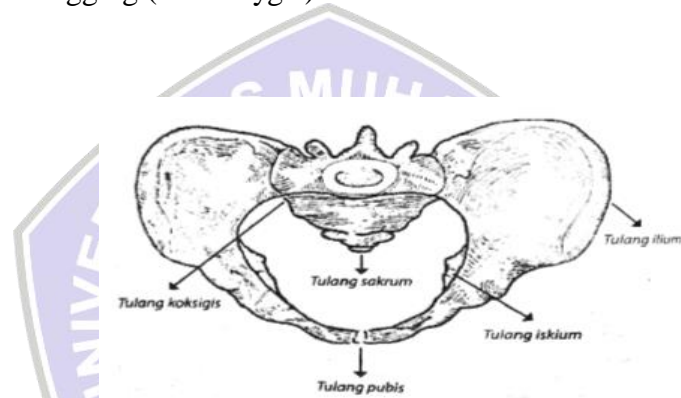
Sumber: Widiastini, 2018

## B. Pasagge (Jalan Lahir)

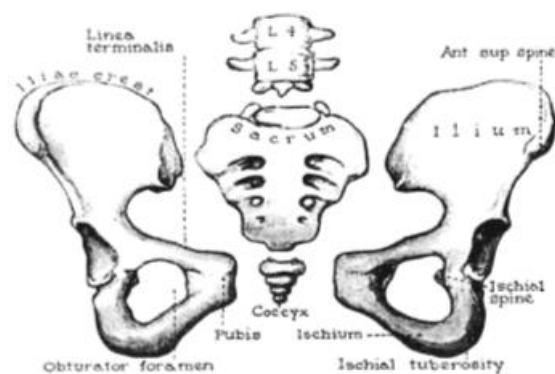
Jalan lahir terdiri dari jalan lahir keras (pelvis/panggul) dan jalan lahir lunak.

### 1. Panggul (Jalan Lahir Keras).

Dibentuk oleh empat buah tulang yaitu, 2 tulang pangkal paha (Os Coxae), 1 tulangkelangkang (Os Sacrum), dan 1 tulang tungging (Os Cocygis) .



Gambar 2.15  
Tulang Panggul  
Sumber: Widiastini, 2018



Gambar 2.16  
Bagian-bagian Tulang Panggul  
Sumber:Widiastini, 2018

## a) Os Coxae

## (1) Os Ilium (tulang usus)

- Tulang terbesar pada panggul yang membentuk bagian atas dan belakang
- Panggul Bagian atas yang tumpul dan menebal disebut Crista Iliaca
- Bagian depan Crista iliaca yang menonjol disebut Spinailiaca anterosuperior (SIAS) dan tonjolan dibawahnya disebut Spina iliaca anterior inferior (SIAI)
- Bagian belakang Crista iliaca yang menonjol disebut Spina iliaca posterior superior (SIPS) dan tonjolan dibawahnya disebut Spina iliaca posterior inferior (SIPI)
- Lengkungan dibawah SIPI disebut dengan Incisura ischiadica mayor.
- Tonjolan tulang memanjang dibagian dalam tulang ilium yang merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor disebut dengan Linea Inominata (Linea terminalis).
- Linea terminalis merupakan bagian dari Pintu Atas Panggul (PAP)

(2)Os Ischium (tulang duduk)

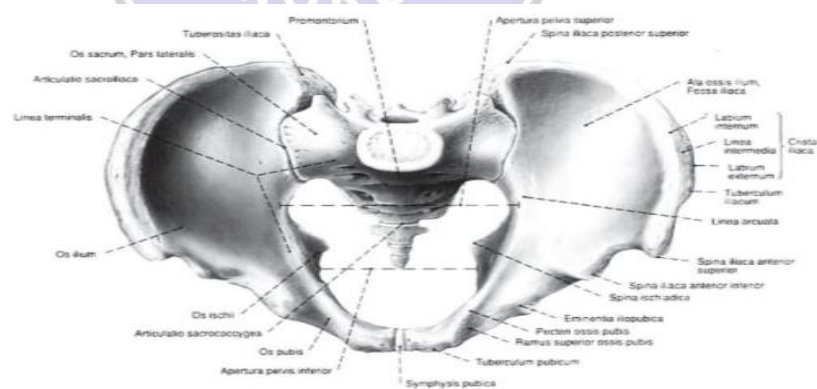
- Terdapat dibawah Os Ilium
- Pinggir belakang yang menonjol disebut spina ischiadica
- Lengkungan dibawah spina ischiadica disebut incisura ischiadica minor
- Pada bagian bawah menebal yang berfungsi menopang badan saat duduk disebut tuber ischiadicum

(3)Os Pubis (tulang kemaluan)

- Terdapat disebelah hawa dan depan tulang ilium
- Terdapat suatu lubang dengan os ischium yang disebut foramen obturatorium
- Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut ramus superior os pubis, dinding bawah foramen obturatorium dibatasi oleh ramus inferior os pubis
- Pada bagian atas os pubis terdapat tonjolan yang dinamakan tuberculum pubic

## b) Os Sacrum

- (1) Bentuknya segitiga, dengan lebar segitiga dibagian atas dan mengecil dibagian bawah
- (2) Terletak dikedua pangkal paha
- (3) Terdiri dari lima ruas tulang yang bersatu
- (4) Pada permukaan belakang bagian tengah terdapat kuat duri yang disebut dengan crista sakralis
- (5) Permukaan depan membentuk cekungan disebut arkus sakralia
- (6) Pada sisi kanan dan kiri, digaris tengah terdapat lubang yang dilalui oleh saraf yang disebut foramen sakralia anterior
- (7) Bagian atas terdapat tonjolan besar kedepan disebut promentorium



Gambar 2.17  
Os sacrum dan Gelang panggul  
Sumber: Wiknjosastro. 2011



c) Os Coccygis

(1) Berbentuk segitiga dengan ruas 3-5 buah yang menyatu

(2) Terdapat hubungan antara tulang sakrum dengan tulang

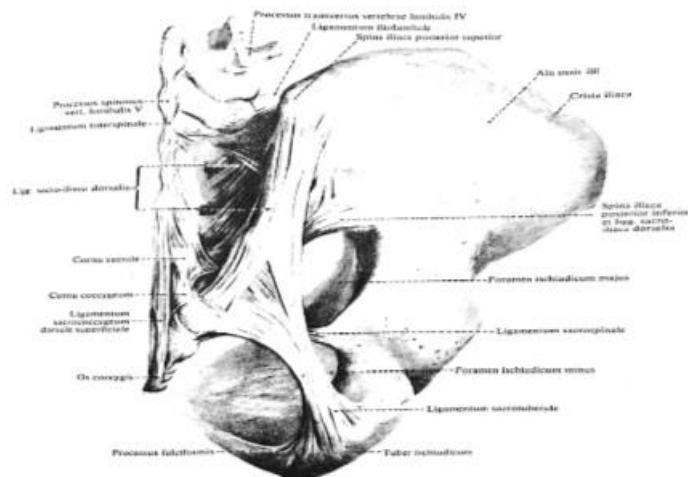
Coccygis yang disebut artikulasio sakro-kokksigeus

2. Perhubungan tulang-tulang panggul

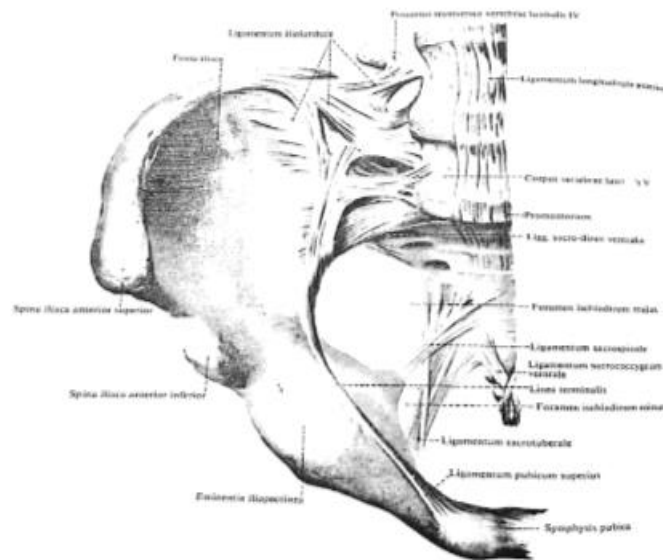
a) Didepan panggul terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri yang disebut simfisis pubis.

b) Dibelakang panggu terdapat artikulasio sakro iliaka yang menghubungkan os secrum dan os ilium

c) Dibagian bawah panggul terdapat artikulasio sakro-koksigeus yang menghubungkan os sacrum dengan os koksigis



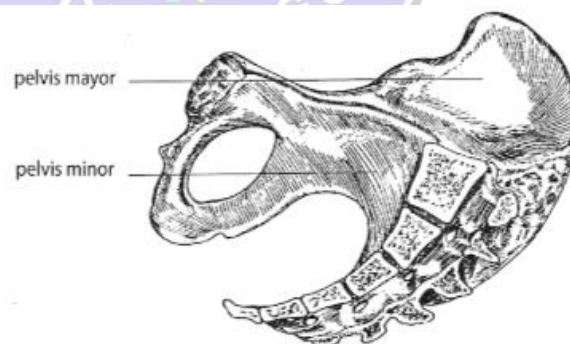
Gambar 2.18  
Pelvis Posterior  
Sumber: Widiastini, 2018



Gambar 2.19  
Pelvis antero-superior  
Sumber: Widiastini, 2018

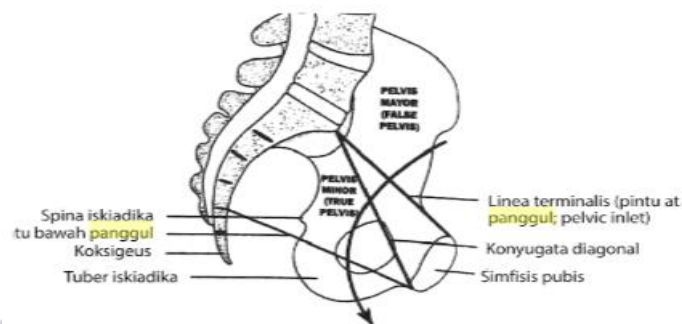
### 3. Ruang panggul

- Pelvis mayor (false pelvic) terletak diatas línea terminalis
- Pelvis minor (true pelvic) terletak dibawah línea terminalis



Gambar 2.20  
Ruang Panggul  
Sumber: Wiknjosastro, 2011

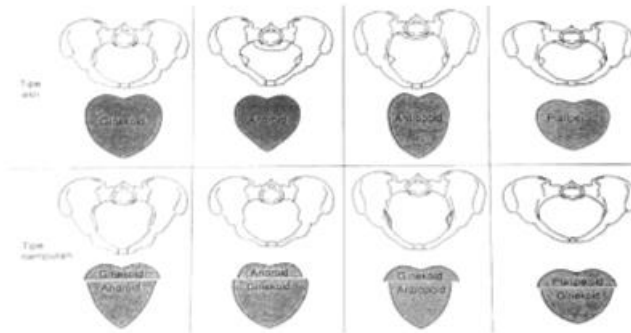
Pada pelvis minor (true pelvic) jika dalam keadaan normal akan berbentuk bulat yang disebut Pintu Atas Panggul (PAP/Pelvic inlet). Bagian tengah panggul atau midpelvic terdiri atas bidang luas dan bidang sempit panggul. Bagian bawah disebut Pintu Bawah Panggul (PBP) disebut juga pelvic outlet



Gambar 2.21  
Pelvis mayor dan minor  
Sumber :Widiastini, 2018

### 3. Jenis-jenis panggul

- a) Ginekoid, merupakan bentuk panggul paling ideal (tipe wanita klasik). Berbentukbulat, terdapat sekitar 45% wanita.
- b) Android, merupakan jenis panggul pria, berbentuk segitiga, terdapat sekitar 15% wanita.
- c) Antropoid, berbentuk agak lonjong seperti telur (mirip panggul kera), terdapat sekitar 35% wanita
- d) Platipeloid, panggul picak, menyempit pada arah muka belakang (panggul pipih).



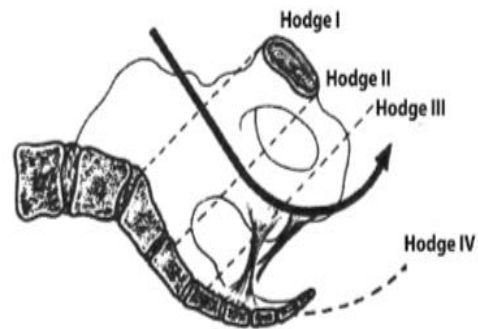
Gambar 2.22  
Jenis-jenis panggul  
Sumber: Walsh, 2008

#### 4. Bidang Hodge

Bidang Hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam/vaginaltoucher (VT).

Pembagian bidang Hodge:

- a) Hodge I: bidang setinggi Pintu Atas Panggul, dibentuk oleh promontorium, artikulasio sakro iliakcaesara, sayap sacrum, linca inominate, ramus superior ospubis, tepi atas simfisis pubis.
- b) Hodge II: bidang sejajar dengan hodge I setinggi bagian bawah simfisis
- c) Hodge III: bidang sejajar dengan hodge I setinggi spina ischiadica
- d) Hodge IV: bidang sejajar dengan hodge I setinggi tulang koksigis

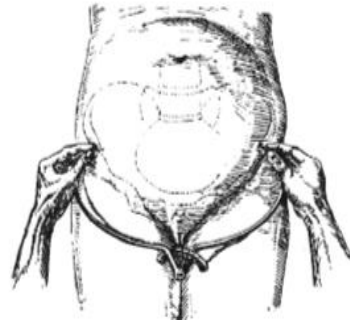


Gambar 2.23  
Bidang Hodge  
Sunaber: Prawirodihardio, 2011

#### 4. Ukuran-ukuran panggul

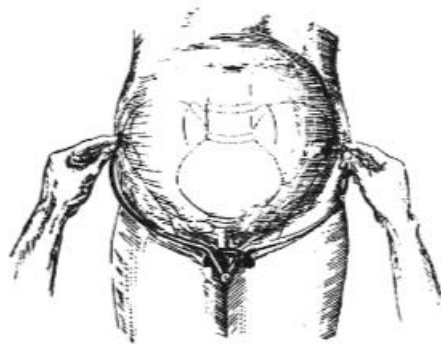
##### a) Panggul luar

- 1) Distancia spinarum, diameter antara kedua spina iliaca anterior kanan
- 2) Distancia kristarum, diameter terbesar antara krista iliaca kanan dan kiri dengan ukuran 18-20 cm.
- 3) Konjugata eksterna (boudeloque), diameter antara lumbal ke-5 dengan tepi atas simfisis pubis dengan ukuran 18-20 cm.

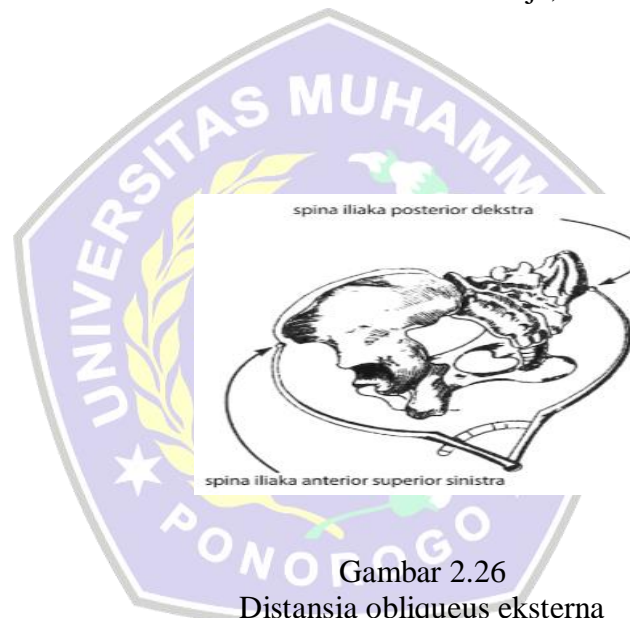


Gambar 2.24  
Distansia Spinarum  
Sumber: Wiknjosastro, 2011

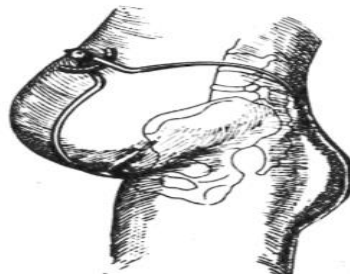
- 4) Distancia obliqueus eksterna (ukuran miring luar), jarak antara spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior dekstra dan dari spina iliaka posterior dekstra ke spina iliaka anterior superior sinistra. Jika panggul normal kedua ukuran ini tidak banyak berbeda.
- 5) Lingkar panggul, jarak antara tepi atas simfisis pubis ke pertengahan antara kemudian ke lumbal ke-5 kembali trochanter dan spina iliaka anterior kesisi sebelahnya sampai kembali ke simfisis pubis dengan ukuran 80-90 cm



Gambar 2.25  
Distansia  
Sumber: Trawirohardja, 2010



Gambar 2.26  
Distansia obliqueus eksterna  
Sumber: Prawirohardja, 2010



Gambar 2.27  
Konjugata eksterna (boudeloque)  
Sumber: Prawirohardjo, 2010

## b) Panggul dalam

### 1) Pintu atas panggul

- Konjugata diagonalis merupakan jarak antara pinggir bawah simfisis dengan promontorium, dengan jarak 12,5 cm.
- Konjugata vera (konjugata sejati) atau diameter antero posterior (diameter depan belakang) yaitu diameter antara promontorium dengan tepi atas simfisis, dengan ukuran 1 cm. Pengukuran dengan cara periksa dalam, akan diperoleh pemeriksaan

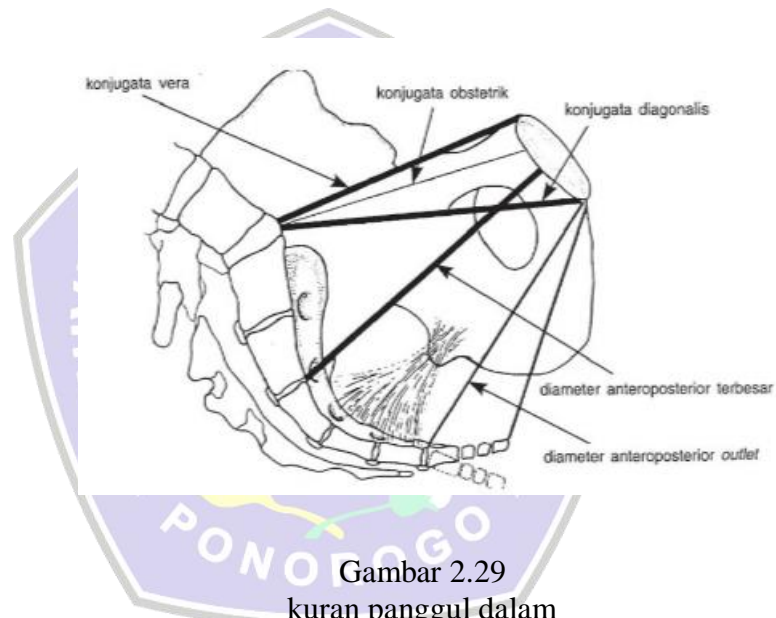
Konjugata vera (CV)-konjugata diagonalis (CD) dalam cm  
1,5 cm

- Konjugata obstetrika, jarak antara promontorium dengan pertengahan simfisis pubis dengan jarak 11 cm
- Konjugata transversa (melintang), jarak terlebar antara kedua linea inominata yaitu 13,5 cm
- Diameter oblique (miring), jarak antara artikulasio sakro iliaka dengan tuberkulum pubicum sisi yang bersebelahan dengan ukuran 12 cm.





Gambar 2.28  
Mengukur Konjugata Diagonalis melalui pemeriksaan dalam  
Sumber: Widiastini, 2018



Gambar 2.29  
ukuran panggul dalam  
Sumber: Prawirohardjo, 2010

## 2) Bidang tengah panggul

- Bidang luas panggul terbentuk dari titik tengah simfisis, pertengahan acetabulum dan ruas sacrum ke-2 dan ke-3. Merupakan bidang yang mempunyai ukuran paling besar, sehingga tidak menimbulkan masalah dalam mekanisme

turunnya kepala. Diameter antero posterior 12,75 cm  
diameter transversa 12,5 cm

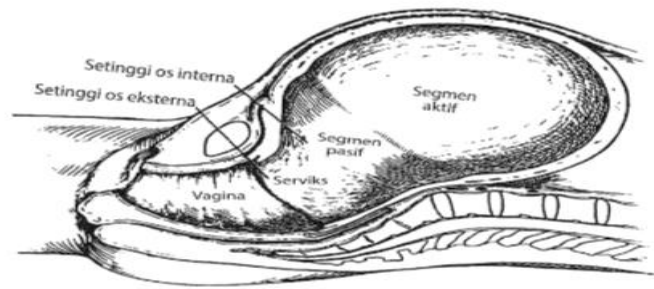
- Bidang sempit panggul, merupakan bidang berukuran kecil, terbentang dari tepi bawah simfisis, spina ischiadica kanan dan kiri, dan 1-2 cm dari ujung bawah sacrum. Diameter antero posterior 11,5-12 cm, interspinarum 10,5 cm, posterior sagital 45-5 cm

### 3) Pintu bawah panggul

- Terbentuk dari dua segitiga dengan alas yang sama, diameter tuberischiadikum. Ujung segitiga belakang pada ujung os sacrum, sedang kanujung segitiga depan arkus pubis.
- Diameter antero posterior yaitu ukuran dari tepi bawah simfisis ke ujung sacrum, dengan ukuran 11.5 cm
- Diameter transversa, jarak antara tuber ischiadikum kanan dan kiri yaitu 10,5 cm
- Diameter sagitalis posterior, jarak dari ujung sacrum ke pertengahan ukuran transversa yaitu 7,5 cm

### c) Jalan lahir lunak

Bagian ini tersusun atas uterus, serviks, vagina, introitus vagina, perineum, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul.



Gambar 2.30  
Jalan Lahir Lunak  
Sumber: Widiastini , 2018

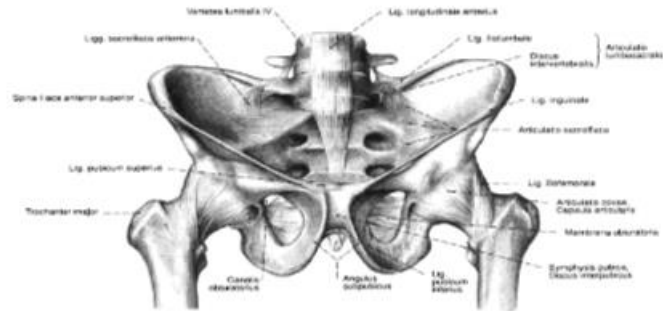
### 1. Uterus

- a) Segmen atas uterus, terdiri atas fundus dan bagian uterus yang terletak diatas refleksi lipatan vesika uterina peritonium
- b) Segmen bawah uterus, terletak antara lipatan vesika uterina peritonium sebelah atas dan serviks dibawah
- c) Serviks uteri pada kehamilan lanjut menjadi lebih lunak dan lebih pendek karena tergabung dalam segmen bawah uterus

Kontraksi pada saat persalinan menyebabkan serviks mengalami penipisan dan pembukaan. Pada primigravida serviks mengalami pendataran terlebih dahulu kemudian terjadi pembukaan, sedangkan pada multigravida pendataran dan pembukaan serviks terjadi bersamaan.

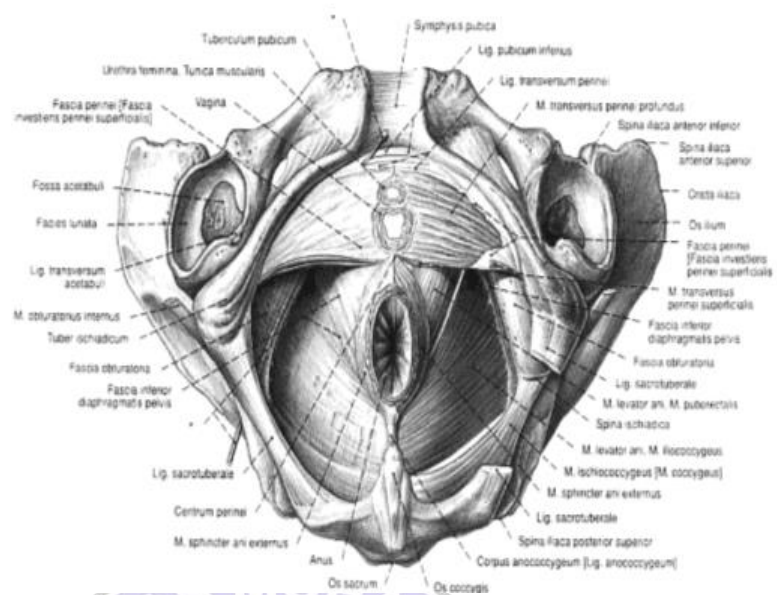
## 2. Ligamentum dan muskulus

- a) Permukaan belakang panggul dihubungkan oleh jaringan ikat antara os sacrum dan ilium yang disebut ligamentum sacro iliaca posterior bagian belakang, dan sacro iliaca anterior bagian depan
- b) Ligamentum yang menghubungkan os sacrum dan spina ischium disebut dengan ligamentum sacro spinosum
- c) Ligamentum antara os sacrum dan tuber ischialikum disebut dengan ligamentum sacro tuberum
- d) Pada bagian dasar panggul terdiri dari otot yang disebut musculus levator ani
- e) Bagian membran disebut diafragma urogenital
- f) Musculus levator ani menyelubungi rektum, terdiri atas
  - Musculus pubococcygeus, merupakan otot dasar panggul yang paling penting, dinamis dan khusus. Otot ini terletak di garis tengah ditembus oleh uretra, vagina, dan rektum
  - Musculus iliococcygeus, otot ini timbul dari garis putih fascia pelvina dibelakang kanalis obturatoris, bersatu dengan musculus pubococcygeus propria dan berinsersi pada tepi lateral tulang koksigidis



Gambar 2.31  
Isi Rongga panggul  
Sumber: Wiknjosastro, 2011

- g) Muskulus ischio coccygeus, otot ini ber origo pada spina ischiadica dan ber insersio pada tepi lateral tulang koksigis serta vertebra sakralis ke-5. Otot ini menyangga muskulus levator ani dan menempati bagian terbesar dasar panggul bagian belakang
- h) Ditengah-tengah muskulus pubococcygeus kanan dan kiri terdapat hiatusus oenitalis merupakan celah berbentuk segitiga.

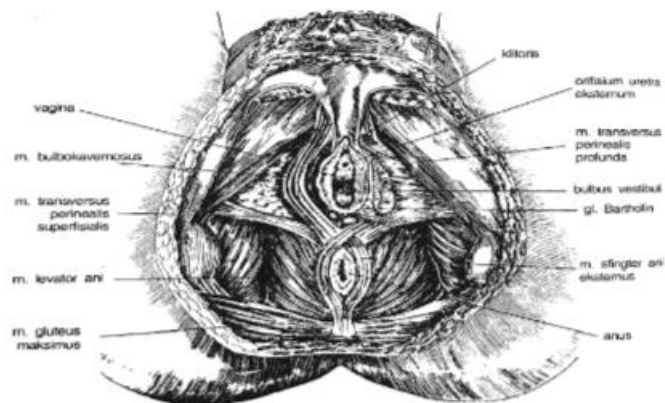


Gambar 2.32  
 Dasar panggul  
 Sumber: Widiastini, 2018

### 3. Perineum

Merupakan daerah yang menutupi pintu bawah panggul, terdiri dari:

- a) Regio analis, sebelah belakang spinter ani eksterna yaitu muskulus yang mengelilingi anus.
- b) Regio urogenitalis terdiri dari atas muskulus bulous cavernosus, schiocavernosus dan trasversus perinei superficialis.



Gambar 2.33  
Otot-otot Perineum  
Sumber: Prawirohardjo, 2010

### C. Passanger (Janin Dan Plasenta)

#### 1. Janin

Passanger atau janin dapat melewati jalan lahir dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain, ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. plasenta juga melewati jalan lahir, oleh karena itu plasenta juga dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal

#### a) Kepala Janin

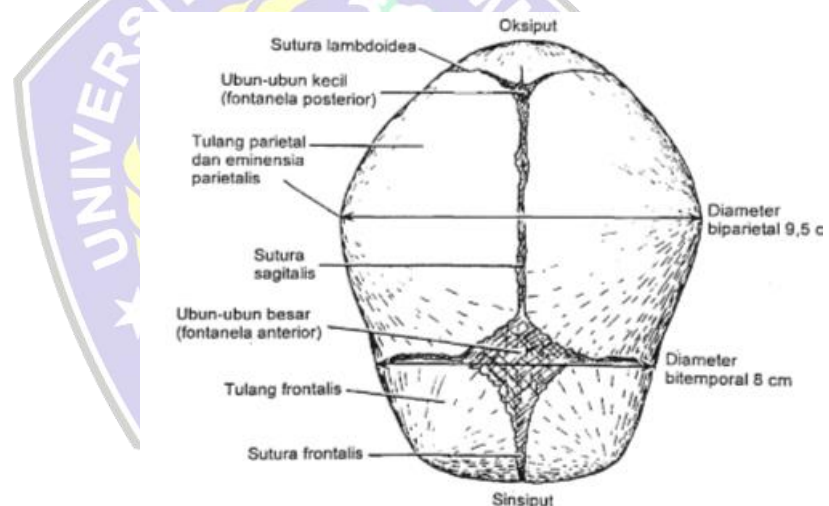
Kepala janin adalah bagian yang terpenting karena dalam persalinan perbandingan antara besarnya kepala dan luasnya panggul merupakan hal yang menentukan. Jika kepala dapat melalui jalan lahir, bagian bagian lain dapat lahir dengan mudah Kepala bayi terdiri dari :

## 1) Bagian muka, terdiri dari

- Tulang hidung (os nasalis)
- Tulang pipi (os zygomaticum)
- Tulang rahang atas (os maxilaris)
- Tulang rahang bawah (mandibularis)

## 2) Bagian tengkorak

- Yang membentuk bagian tengkorak adalah
- Tulang dahi (as frontalis) 2 buah
- Tulang ubun ubun (os parietalis) 2 buah



Gambar 2.34  
Tulang Tengkorak  
Sumber: Widiastini, 2018



### 3) Sutura

Sutura adalah sela-sela diantara tulang yang ditutupi oleh membrane. Kegunaannya :

- Memungkinkan terjadinya maulage
- Dapat mengetahui posisi kepala janin

Macam-macam sutura:

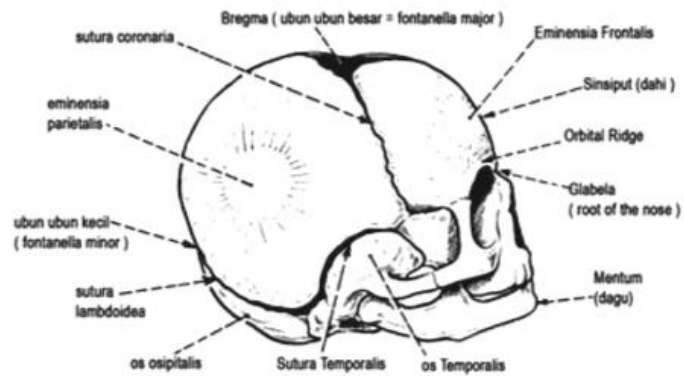
- Sutura sagitalis: terletak diantara kedua os parietal
- Sutura Coronalis: terleta diantara os frontal dan os parietal
- Sutura lamboidea: terletak diantara os occipital dan kedua os parietal
- Sutura frontalis: terletak diantara os frontal kiri kanarn

### 4) Fontanel/ubun-ubun

Merupakan pertemuan beberapa sutura yang ditutupi oleh membrane fontanel terdiri dari dua macam:

- Fontanel mayor/ubun besar/fontanel anterior merupakan pertemuan antara sutura sagitalis, sutura frontalis, sutura coronalis. Berbentuk segiempat. Fontanel ini menutup pada usia bayi 18 bulan.
- Fontancl minor/ubun-ubun kecil/fontanel superior merupakan pertemuan antara sutura sagitalis dan sutura

lamboidea. Berbentuk segitiga fontanel ini menutup pada usia bayi 6-8 minggu.



Gambar 2.35  
Sutura dan Fontanel  
Sumber: Widiastini, 2018

#### 5) Ukuran-ukuran kepala bayi

##### (a) Ukuran muka belakang

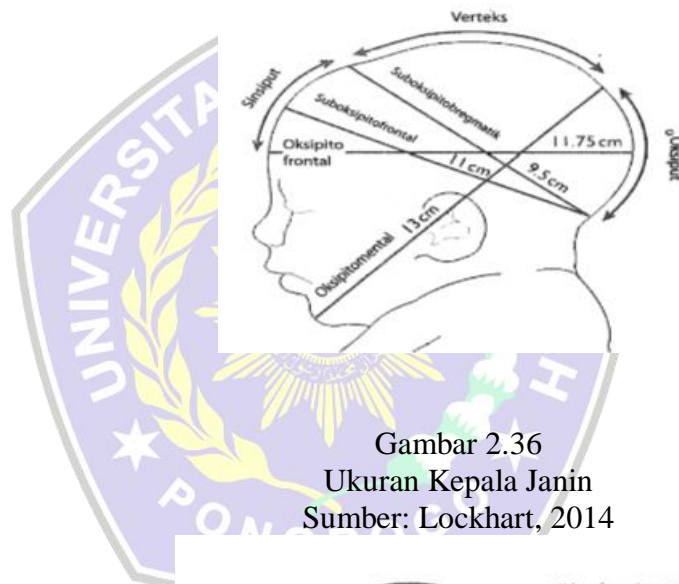
- ✓ Diameter suboccipitio bregmatika 9,5 cm
- ✓ Diameter suboccipito frontalis: 11 cm
- ✓ Diameter occipito frontalis: 11,75 cm
- ✓ Diameter fronto occipitalis: 12 cm
- ✓ Diameter oksipito menlalis: 13 cm
- ✓ Diameter Submento-bregmatika: 9,5 cm

##### (b) Ukuran melintang

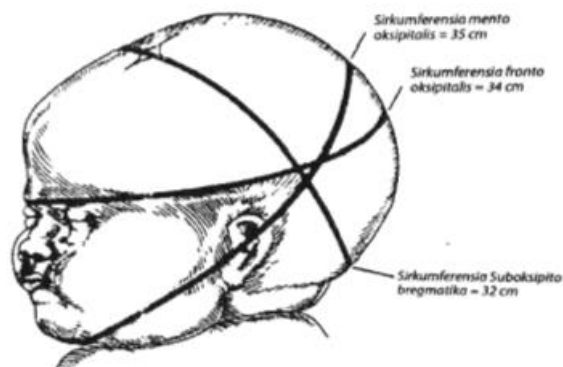
- ✓ Diameter biparietalis: 9 cm.
- ✓ Diameter bitemporalis: 8 cm.

## (c) Ukuran cirkumferentia (keliling)

- ✓ Circumferentia suboccipito bregmatica (lingkaran kecil kepala) 32 cm
- ✓ Circumferentia fronto occipitalis (lingkaran sedang kepala) 34 cm
- ✓ Circumferentia mento occipitalis (lingkaran kepala besar) 35 cm.



Gambar 2.36  
Ukuran Kepala Janin  
Sumber: Lockhart, 2014



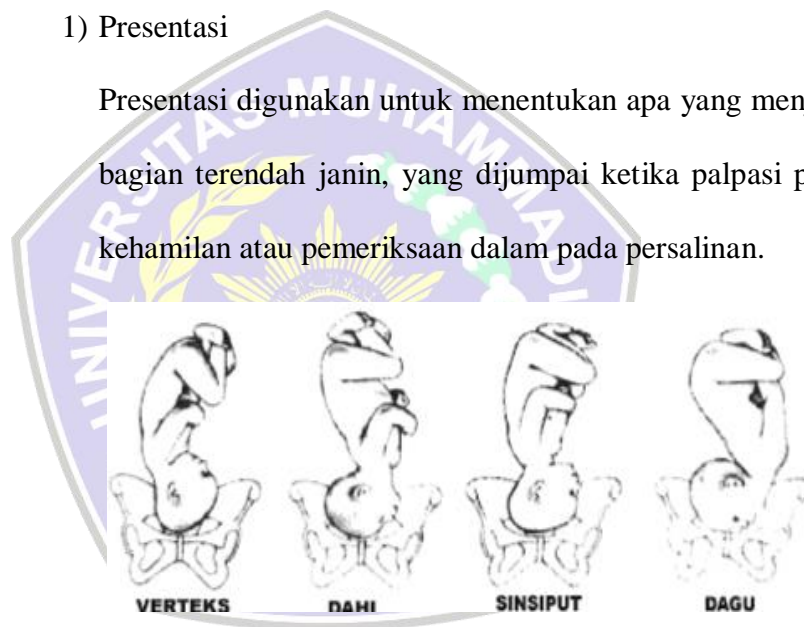
Gambar 2.37  
ukuran sirkumferensia  
Sumber: Prawirohardjo, 2010

## 2) Hubungan janin dalam uterus

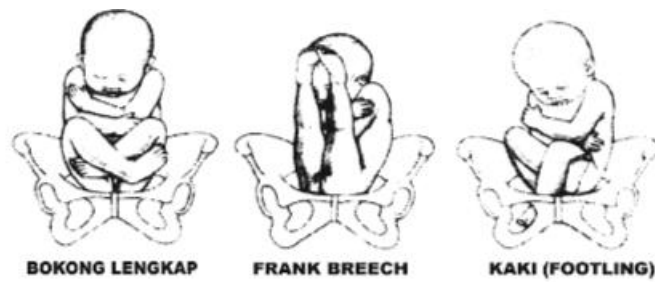
Hubungan janin dalam uterus sangat penting untuk mendiagnosa dan melakukan perencanaan pada persalinan. Beberapa hubungan ini, menyebabkan janin tidak dapat lahir dengan spontan, jika tidak diperbaiki maka berbahaya bagi ibu maupun janin. 4 istilah hubungan janin dalam uterus antara lain:

### 1) Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan apa yang menjadi bagian terendah janin, yang dijumpai ketika palpasi pada kehamilan atau pemeriksaan dalam pada persalinan.



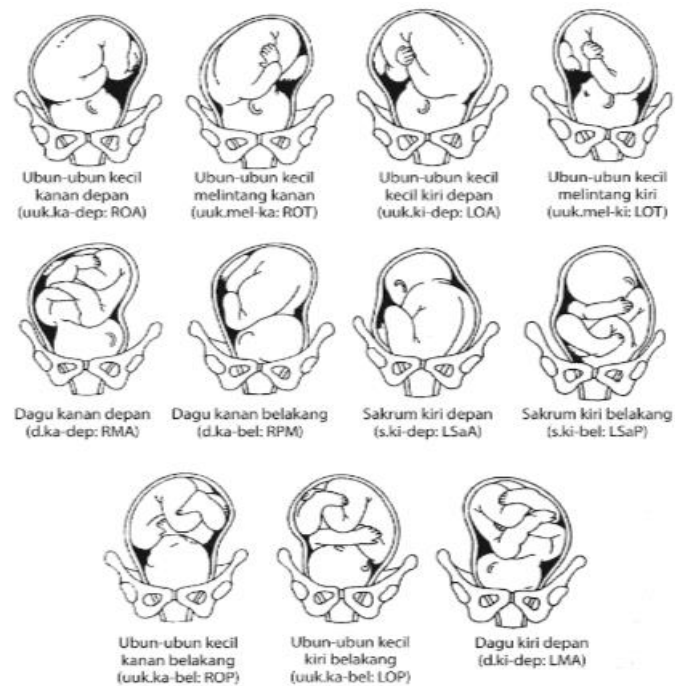
Gambar 2.38  
presentasi kepala  
Sumber: Lockhart, 2014



Gambar 2.39  
presentasi bokong  
Sumber: Lockhart, 2014

## 2) Posisi

- Merupakan hubungan salah satu bagian janin tertentu terhadap jalan lahir (pelvis). Posisi janin sangat penting dalam menentukan kemajuan persalinan.
- Pelvis ibu dibagi menjadi empat berdasarkan sisi, anterior right (depan kanan), anterior left (depan kiri, posterior right (belakang kanan), posterior left (belakang kiri)
- Bagian janin yang digunakan sebagai presenting part dengan bagian pelvic ibu, oksiput (O) presentasi vertex, mentum (M) presentasi muka, sacrum (S) presentasi bokong.



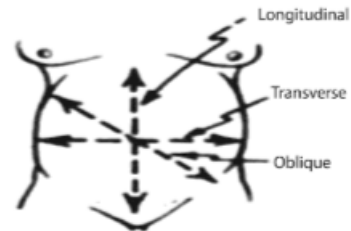
Gambar 2.40  
Posisi janin dalam rahim  
Sumber: Lockhart, 2014

### 3) Letak/situs

Merupakan hubungan antara sumbu panjang janin terhadap sumbu panjang ibu. Bagian dari letak

- Letak memanjang (longitudinal), sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu (Leta kepala dan Letak bokong)
- Letak lintang (tranverse) jika sumbu panjang janin menyilang dengan sumbu memanjang ibu.

- Letak miring (oblique)



Gambar 2.41  
Letak janin  
Sumber: Widiastini, 2018

- 4) Habitus/sikap Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin. Janin pada umumnya berada dalam sikap fleksi, defleksi, dan ekstensi

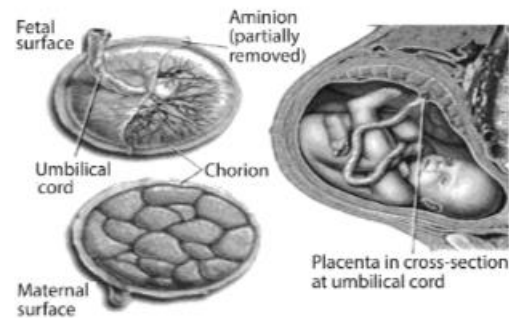


Gambar 2.42  
Sikap Janin  
Sumber: Prawirohardjo, 2010.

## 2. Plasenta

Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang telah dibuahi, kemudian terhubung dengan uterus ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intra uterine. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung dari ketahanan dan efisiensi plasenta.

Plasenta merupakan organ yang sangat penting bagi janin karena merupakan alat pertukaran zat antara ibu dan janin atau sebaliknya.



Gambar 2.43

Plasenta

Sumber: Widiastini, 2018

a) Struktur Plasenta

1) Bagian janin/permukaan fetal (facial portion)

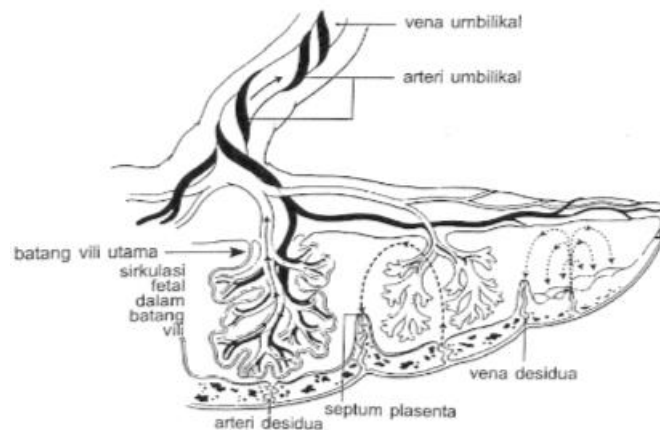
(a) Terdiri dari vili

(b) Menghadap ke janin

(c) Warnanya keputih putihan dan licin karena tertutup oleh amnion.

(d) Di bawah amnion terdapat pembuluh-pembuluh darah





Gambar 2.44  
Potongan Plasenta  
Sumber: Prawirohardjo, 2010

## 2) Bagian ibu/permukaan maternal (maternal portion)

- (a) Terdiri dari desidua compacta dan sebagian desidua spongiosa. Jika plasenta terlepas dari dinding rahim, kedua desidua ini akan ikut terlepas.
- (b) Menghadap ke dinding rahim
- (c) Warnanya merah dan terbagi oleh celah-celah
- (d) Plasenta terdiri dari 16-20 kotiledon Permukaan kasa beralur-alur.

## 3) Letak Plasenta

Plasenta pada umumnya terietak pada korpus uteri bagian depan atau belakang agak kearah fundus uteri. Hal ini fisiologis karena permukaan bagian atas korpus uteri lebih luas, sehingga lebih banyak tempat ber implantasi.

#### 4) Bentuk dan ukuran plasenta

Plasenta berbentuk bunda atau oval. Ukuran diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm dan beratnya 500 gram. Panjang tali pusat 30-100 cm, terdiri dari: 2 arteri dan 1 vena (arteri mengandung darah kotor dan vena mengandung darah bersih).

Biasanya plasenta akan terbentuk lengkap pada usia kehamilan kira-kira 16 minggu, dimana ruang amnion telah mengisi seluruh rongga rahim.

Meskipun Ruang amnion membesar sehingga amnion hanya menempel saja tidak sampai melekat pada korion

#### 5) Fungsi Plasenta

##### (a) Nutrisi

Plasenta sebagai alat nutritive. Penyaluran bahan nutrisi dari ibu ke janin melalui:

- Difusi air dan bahan yang larut dalam air, garam kalium dan natrium Makin besar berat jenis bahan makanan maka makin lambat sistem difusi
- Sistem enzimatik. Prinsip bahan tersebut dipecah dan selanjutnya disintesis ke bentuk aslinya dalam bentuk vili korialis. Bahan yang mengalami proses enzimatik:

- ✓ Protein dipecah menjadi asam amino
- ✓ Lemak dipecah menjadi asam lemak
- ✓ Hidrat arang dipecah menjadi glukosa
- ✓ Glikogen dipecah menjadi fruktosa
- ✓ Vitamin dipecah menjadi bentuk yang lebih kecil
- Obat-obatan

#### (b)Ekskresi

Ginjal, hati, dan usus belum berfungsi dengan baik sebagai alat pembuangan. Sisa metabolisme akan dibuang melalui plasenta yang dapat menghubungkan janin dengan dunia luar secara tidak langsung.



Gambar 2.45  
Sirkulasi darah janin  
Sumber: Varney, 2008

Zat utama yang diekskresikan adalah karbon dioksida ( $\text{CO}_2$ ). Bilirubin juga diekskresikan karena sel darah merah diganti lebih sering. Terdapat

pemecahan jaringan yang terpisah serta jumlah urea dan asam urat yang diekskresikan sangat sedikit

(c)Respirasi

Dalam sirkulasi janin terdapat fetal haemoglobin (F) yang memiliki afinitas tinggi terhadap oksigen dan sebaliknya mudah melepaskan karbon dioksida melalui sistem difusi dalam plasenta. Dengan adanya perbedaan afinitas tersebut, plasenta dapat menjalankan fungsinya sebagai alat pernapasan. Makin tua kehamilan semakin tinggi konsentrasi adult haemoglobin (A) sebagai persiapan bernapas melalui paru-paru pada saat kelahiran.

(d)Produksi

Hormon yang dikeluarkan oleh plasenta adalah:

- Korionik gonadotropin
  - ✓ Merangsang korpus luteum menjadi korpus luteum gravidarum sehingga tetap mengeluarkan estrogen dan progesterone. Korpus luteum berfungsi sampai plasenta sempurna.
  - ✓ Bersifat khas dalam kehamilan sehingga dapat dipakai sebagai hormon tes kehamilan

- ✓ Puncaknya tercapai pada hari ke-60
- ✓ Setelah persalinan, sudah tidak ada dalam urin.
- Korionik somato-mammotropin
  - ✓ Hormon untuk metabolisme protein

#### D. *Psychology* (Psikologi Ibu)

Tingkat kecemasan wanita selama bersalin akan meningkat jika ia tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau yang disampaikan kepadanya. Wanita bersalin biasanya akan mengutarakan kekhawatirannya jika ditanyai. Perilaku dan penampilan wanita serta pasangannya merupakan petunjuk berharga tentang jenis dukungan yang akan diperlukannya. Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi kecemasan pasien. Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana yang nyaman dalam kamar bersalin, memberi sentuhan, memberi penenangan nyeri non farmakologi, memberi analgesia jika diperlukan dan yang paling penting berada disisi pasien adalah bentuk-bentuk dukungan psikologis. Dengan

kondisi psikologis yang positif proses persalinan akan berjalan lebih mudah (Sumarah, 2009).

#### E. *Psycian* (Penolong)

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu atau janin. Bila diambil keputusan untuk melakukan campur tangan, ini harus dipertimbangkan dengan hati-hati, tiap campur tangan bukan saja membawa keuntungan potensial, tetapi juga risiko potensial. Pada sebagian besar kasus, penanganan yang terbaik dapat berupa “observasi yang cermat” (Herlina, 2009).

#### G. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal, antara lain :

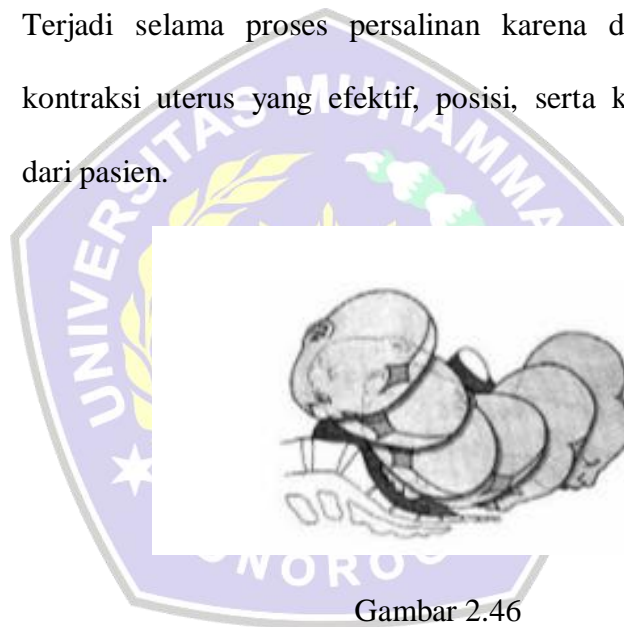
- a) Jarak biparietal, merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai di dalam definisi penguncian (*engagement*).
- b) Jarak suboksipito bregmatika, jarak antara batas leher dan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala.

c) Jarak oksipitomental, merupakan diameter terbesar dari kepala janin, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan hal presentasi dahi

Mekanisme persalinan normal dibagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

#### 1) Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.



Gambar 2.46

Mekanisme penurunan kepala janin

Sumber: Oktarina M, 2016

#### 2) Penguncian (*engagement*)

Kepala dikatakan telah menancap (*engaged*) pada pintu atas panggul apabila diameter biparetal kepala melewati pintu atas panggul. Pada nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih kencang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada multipara

yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala seringkali tetap dapat digerakkan diatas permukaan panggul sampai persalinan dimulai.



Gambar 2.47  
Engagement

Sumber: Oktarina M, 2016.

### 3) Descent (penurunan kepala)

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Masuknya kepala ke dalam PAP, biasanya dengan suturu sagitalis melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melewati pintu atas panggul (PAP) dalam keadaan asin klitismus yaitu bila sutura sagialis terdapat di tengah-tengah jalan lahir tepat di antara simfisis dan promotorium.

Pada asin klitismus, os parietal depan dan belakang sama tingginya. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simfisis



atau agak ke belakang mendekati promotorium, maka di katakan kepala dalam keadaan asinklitismus.

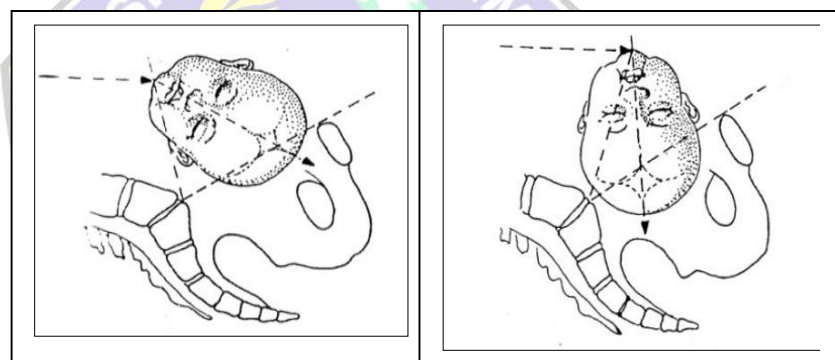
ada dua jenis asinklitismus yaitu sebagai berikut:

1. *Asinklitismus posterior*

bila sutura sagitalis mendekati simfisis dan os. Parietal belakang lebih rendah dari os. Parietal depan.

2. *Asinklitismus anterior*

bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os. parietal belakang.



Gambar 2.48  
Asinklitismus anterior Dan Posterior  
Sumber : Wiknjastro, Gulardi H, dkk. 2009.

4. Fleksi

Dengan majunya kepala bisanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir, yatu diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm), fleksi ini disebabkan karena anak didorong

maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, cerviks, dinding panggul atau dasar panggul (Oktarina M, 2016)



Gambar 2.49

Fleksi

Sumber: Okterina M,2016

5. Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul pasien. Pada umumnya rotasi penuh dari kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai di dasar panggul. Perputaran kepala yang dini kadang-kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien.



Gambar 2.50  
Putar Paksi dalam  
Sumber: Oktarina M, 2016

6. Lahirnya kepala dengan cara ekstensi

kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang di bawah oksiput akan bergeser ke bawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros (hipomoklion). Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva-vagina membuka lebar.



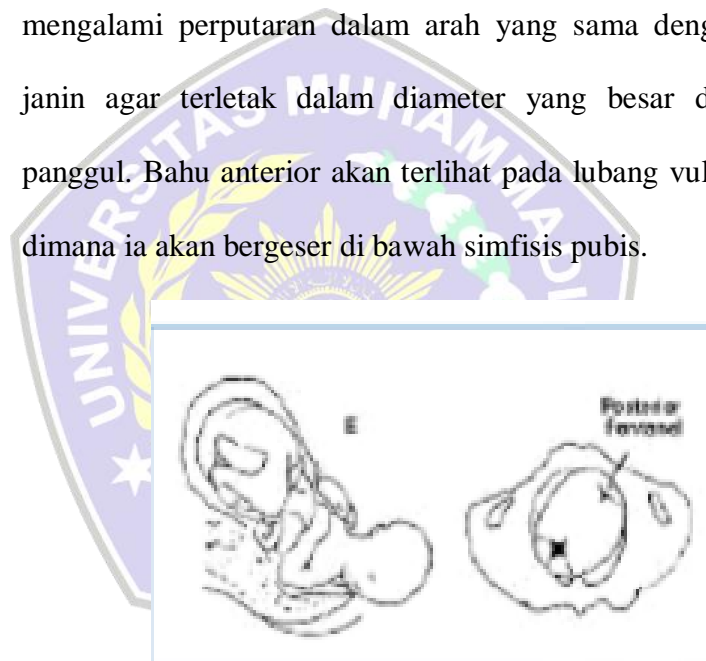
Gambar 2.51  
Ekstensi  
Sumber: Oktarina M, 2016

### 7. Restitusi

Restitusi ialah perputaran kepala sebesar 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior.

### 8. Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi bersamaan dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala, janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva-vaginal, dimana ia akan bergeser di bawah simfisis pubis.



Gambar 2.52  
Putar paksi Luar  
Sumber: Oktarina M, 2016.

### 9. Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan menggembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan,

seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus (Ari Sulistyawati, 2010).



Gambar 2.53  
Ekpulsi kepala janin  
Sumber: Oktarina M, 2016

#### H. Kebutuhan Ibu Bersalin

- a. Kebutuhan fisiologis yang diperlukan ibu selama persalinan diantaranya: oksigen, makan dan minum, istirahat selama his, kebersihan badan terutama genetalia, buang air kecil dan buang air besar, pertolongan persalinan yang berstandar, penjahitan perineum bila perlu (Sumarah, 2009).

- b. Makan dan minum per oral

Beberapa waktu yang lalu pemberian makanan padat pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni (tersedak dan masuk ke dalam saluran pernapasan. Alasan ini cukup logis karena pada proses persalinan, motilitas lambung; absorpsi

lambung; dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya tetap akan terpenuhi. Jika pasien berada dalam situasi yang memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan fase aktif biasanya ia hanya menginginkan cairan. Penatalaksanaan paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi pasien, artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsisten dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien (Sulistyawati, 2010).

c. Kebutuhan rasa nyaman

- 1) Memilih tempat dan penolong persalinan.
- 2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan.
- 3) Posisi tidur yang dikehendaki ibu.
- 4) Pendampingan oleh keluarga.
- 5) Pantauan selama persalinan.
- 6) Intervensi yang diperlukan (Sumarah, 2009).

d. Akses intravena

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien. Kebijakan ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, atau darah untuk mempertahankan keselamatan jika sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien. Beberapa keadaan berikut ini memerlukan pemasangan infus sejak awal persalinan, antara lain:

- 1) Gravida 5 atau lebih
- 2) Distensi uterus (ketegangan uterus) yang terlalu berlebihan, misalnya pada kondisi gemeli, polihidramnion, atau pada bayi besar
- 3) Induksi oksitosin
- 4) Riwayat perdarahan pascapersalinan sebelumnya
- 5) Riwayat atau predisposisi lain yang memungkinkan pasien untuk mengalami perdarahan segera setelah melahirkan
- 6) Pasien mengalami dehidrasi dan keletihan
- 7) Pasien diketahui mengidap penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Streptococcus* grup B, sehingga memerlukan terapi antibiotik secara intravena
- 8) Suhu pasien lebih dari 38<sup>0</sup>C pada saat persalinan

9) Kondisi obstetrik patologis yang mengancam kondisi pasien, misalnya plasenta previa, abrupsio plasenta, pre-eklamsi, dan eklamsi (Sulistiyawati, 2010).

e. Anestesi epidural

Keputusan pemasangan infus sangat dipengaruhi oleh pertimbangan para praktisi. Sebagian lebih memilih untuk memasang infus sedini mungkin untuk mengantisipasi keadaan darurat dan mempercepat penanganan, atau jika diperlukan jenis terapi intravena. Lain halnya bagi para bidan yang mempunyai pemikiran bahwa pemasangan infus akan mengganggu kenyamanan gerak pasien dan akan menimbulkan rasa nyeri.

Bidan memegang prinsip tidak satupun pasien yang menginginkan untuk dipasang infus jika keadaannya belum sangat terpaksa. Untuk menjembatani hal ini maka diambil suatu kebijakan untuk memasang alat yang disebut dengan "*heparin lock*". Bentuknya berupa kateter intravena (*abocath*) dengan bahan elastis, digunakan untuk memberikan injeksi intravena atau mengambil sampel darah tanpa dihubungkan dengan selang infus. Keuntungan dari alat ini adalah hanya satu jarum yang ditusukkan ke dalam vena sehingga dengan alat ini pasien akan tetap merasa nyaman karena tidak merasa nyeri serta tidak terganggu ketika bergerak, dan jika sewaktu-waktu diperlukan



suatu tindakan hidrasi intravena atau transfusi darah maka bidan atau perawat tidak akan mengalami kesulitan.

Larutan intravena yang biasa diberikan kepada pasien adalah D5% (dextrose 5%) atau RL (Ringer Laktat) dengan kecepatan 125 ml/jam. Larutan yang diberikan dapat bervariasi tergantung dari tingkat dehidrasi pasien. Pada dehidrasi berat larutan diberikan 300 ml/jam, selanjutnya aliran diperlambat menjadi 125 ml/jam (Sulistyawati, 2010).

f. Kebutuhan dicintai dan mencintai

- 1) Pendampingan oleh suami/ keluarga.
- 2) Kontak fisik (memberi sentuhan ringan).
- 3) Masase untuk mengurangi rasa sakit.
- 4) Berbicara dengan suara yang lemah, lembut serta sopan (Sumarah, 2009).

g. Posisi dan ambulasi

Posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu justru akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat (selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok. Berjalan diawal persalinan sambil menunggu pembukaan lengkap juga

sangat membantu untuk putaran paksi kepala janin. Sebagian besar pasien akan merasa rileks dan mampu mengatasi persalinan mereka dengan lebih baik. Beberapa situasi pasien yang tidak memungkinkan untuk ambulasi dengan turun dari tempat tidur antara lain:

- 1) Ketika ketuban sudah pecah dan taksiran berat janin kecil (kurang dari 2000 gram), serta bukan pesentasi kepala. Pada kondisi tersebut akan sangat berbahaya bagi pasien jika turun dari tempat tidur karena akan menyebabkan prolaps tali pusat. Posisi telentang dengan kepala ditinggikan  $20-30^{\circ}$  juga akan meningkatkan risiko prolaps tali pusat. Posisi rekumben lateral dan posisi lutut-dada merupakan alternatif yang baik untuk keadaan ini.
- 2) Ketika pasien sedang mendapatkan pengobatan yang dengan obat tersebut membuat pasien pusing dan tidak stabil untuk berdiri.
- 3) Selama persalinan kala I yang kemajuannya cepat, kala I akhir pada multipara, atau kala II pada primipara kecuali jika sudah ada kesepakatan untuk bersalin dalam posisi jongkok atau berdiri (Sulistyawati, 2010).
- 4) Pasien yang mengalami komplikasi obstetrik seperti abrupsi plasenta, plasenta previa, pre-eklamsi, dan eklamsi. Nampaknya dari beberapa posisi yang dapat

dipilih, posisi miring ke kiri adalah posisi yang paling nyaman serta mempunyai banyak keuntungan.

Beberapa keuntungan dari *posisi rekumben lateral* yaitu:

- a) Koordinasi lebih baik dan efisiensi kontraksi uterus yang lebih besar, kontraksi lebih kuat dan lebih jarang dari pada ketika pasien dalam posisi telentang
- b) Memfasilitasi fungsi ginjal, karena aliran urine menurun pada pada posisi telentang
- c) Memfasilitasi rotasi janin pada posisi posterior
- d) Meredakan tekanan uterus dan kompresi pada pembuluh darah utama pasien (vena cava inferior dan aorta) (Sulistyawati, 2010).

h. Kebutuhan harga diri

- 1) Merawat bayi sendiri dan menetekinya.
- 2) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu.
- 3) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati.
- 4) Informasi bila akan melakukan tindakan.
- 5) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan (Sumarah, 2009).

i. Eliminasi selama persalinan (BAB atau BAK)

1) Buang air kecil (BAK)

Selama proses persalinan, pasien akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi

dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala I, ambulasi dengan berjalan seperti aktivitas ke toilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinannya. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan untuk BAK sendiri di toilet, maka tugas bidan atau keluarga terdekat untuk memfasilitasinya misalnya menggunakan pispot di tempat tidur. Penting untuk menanyakan kepada pasien mengenai siapa yang ia inginkan untuk membantunya BAK di atas tempat tidur. Ini sangat berpengaruh terhadap psikologis pasien, tidak hanya saat ia BAK namun untuk perkembangan kenyamanan psikologis di tahap proses persalinan selanjutnya.

## 2) Buang air besar (BAB)

Jika pasien dapat berjalan sendiri ke toilet, maka cukup bagi pendamping untuk menemaninya sampai ia selesai. Namun jika kondisi sudah tidak memungkinkan untuk turun dari tempat tidur, maka tanyakan terlebih dahulu mengenai posisi apa yang paling nyaman serta siapa yang akan dimintai bantuan untuk membersihkannya. Usahakan semaksimal mungkin bagi penolong untuk tidak menunjukkan reaksi negatif (misalnya menutup hidung) karena ini akan sangat

menyakitkan bagi pasien yang sedang bersalin (Marmi, 2011).

j. Kebersihan tubuh

Sebagian pasien yang akan menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh sebagai suatu kebutuhan, karena ia lebih terfokus terhadap rasa sakit akibat his terutama pada primipara. Namun bagi sebagian yang lain akan merasa tidak nyaman atau risih jika kondisi tubuhnya kotor dan bau akibat keringat berlebih selama persalinan. Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan tubuh pasien antara lain:

- a. Saat tidak ada his, bidan atau perawat dapat membantu menggantikan baju terutama jika sudah basah dengan keringat. Sarankan pasien untuk menggunakan baju dengan bahan yang tipis dan menyerap keringat serta berkancing depan
- b. Seka keringat yang membasahi dahi dan wajah pasien menggunakan handuk kecil.
- c. Ganti kain pengalas bokong jika sudah basah oleh darah atau air ketuban.

k. Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Di awal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk

istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara. Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlelap karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring di tempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu.

l. Kehadiran pendamping

Kehadiran seseorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga, jika di awal pertemuan bidan sudah dapat “memikat hati” pasien, maka hal ini merupakan satu hal yang sangat istimewa bagi pasien dan akhirnya ia akan menjadikan bidan sebagai orang yang paling ia percaya dalam proses persalinannya.

m. Bebas dari nyeri

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

n. Kebutuhan aktualisasi diri

- 1) Memilih tempat dan penolong sesuai keinginan.
- 2) Memilih pendamping selama persalinan.
- 3) *Bounding and attachment.*
- 4) Ucapan selamat atas kelahiran anaknya (Sumarah, 2009).

## **I. Perubahan Fisiologi Persalinan**

### **a) Persalinan Kala I**

Sejumlah perubahan-perubahan fisiologis yang normal akan terjadi selama persalinan yaitu (Walyani, 2016):

#### **1) Perubahan Tekanan Darah**

Perubahan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kehamilan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolik 5-10 mmHg di antara kontraksi-kontraksi uterus, tekanan darah akan turun sebelum masuk persalinan dan akan turun saat masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi.

#### **2) Perubahan Metabolisme**

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

### 3) Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah persalinan. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi 0,5-10°C.

### 4) Perubahan Denyut Jantung

Penurunan yang menyolok selama kontraksi uterus tidak terjadi jika ibu berada dalam posisi terlentang. Denyut jantung yang naik sedikit merupakan hal yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi infeksi.

### 5) Perubahan Pernafasan

Kenaikan pernapasan dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan tehnik pernapasan yang tidak benar.

### 6) Perubahan Gastrointestinal

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

### 7) Perubahan Hematolobin

Haemoglobin akan meningkat 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan kembali ketingkat pra persalinan pada hari



pertama. Jumlah sel-sel darah putih meningkat secara progresif selama kala 1 persalinan sebesar 5000 s/d 15.000 WBC sampai dengan akhir pembukaan lengkap, hal ini tidak berindikasi adanya infeksi.

8) Perubahan kontraksi uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesteron yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin.

9) Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Segmen Atas rahim (SAR) terbentuk pada uterus bagian. Tas dengan sifat otot yang lebih tebal dan kontraktif, terdapat banyak sorong dan memanjang. SAR terbentuk dari fundus sampai ishimus uteri. Segmen Bawah Rahim (SBR) terbentang di uterus bagian bawah antara pshimis dengan serviks dengan sifat otot yang tipis dan elastis, pada bagian ini banyak terdapat otot yang melingkar dan memanjang.

10) Pemecahan kantong ketuban

Pada akhir kala 1 bila pembukaan sudah lengkap dan tidak ada tahanan lagi, di tambah dengan kontraksi yang kuat serta desakan janin yang menyebabkan kantong ketuban pecah. Diikuti dengan proses kelahiran bayi.

## **b) perubahan Kala II Persalinan**

### 1) Kontraksi uterus

Adapun kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus di perhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 50-90 detik, kekuatan kontraksi. Kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim ke dalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.

### 2) Perubahan-perubahan uterus

Dalam persalinan perbedaan SAR dan SBR akan tampak lebih jelas, dimana SAR dibentuk oleh korpus uteri dan bersifat memegang peranan aktif (berkontraksi) dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, dengan kata lain SAR mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar. Sedangkan SBR dibentuk oleh isthimus uteri yang sifatnya memegang peran pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan (disebabkan karena regangan), dengan kata lain SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi.

### 3) Perubahan pada serviks

Perubahan pada serviks pada kala II ditandai dengan pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, Segmen Bawah Rahim (SBR), dan serviks.

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

Perubahan pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding-dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan anus, menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak vulva.

#### c) perubahan kala III persalinan (Sondank, 2013)

##### 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum meometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus biasanya terletak di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada di atas pusat.

##### 2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld).

##### 3) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta

melebihi kapasitas tampungannya, maka darah akan tersembur dari tepi plasenta yang terlepas. Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini:

- (a) Uterus menjadi bundar.
- (b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- (c) Tali pusat bertambah panjang.
- (d) Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial (Sondank, 2013)

#### **d) Perubahan Pada Kala IV**

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap

abnormal, dengan demikian harus 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir. (Sondank, 2013).

**Perubahan fisiologi pada kala Iyaitu, (Sondank,2013) :**

1) Perubahan Uterus

Uterus terletak di tengah abdomen kurang lebih  $\frac{2}{3}$  sampai  $\frac{3}{4}$ , antara simpisis pubis sampai umbilicus. Jika uterus ditemukan di bagian tengah, di atas umbilicus, maka hal tersebut menandakan adanya darah dan bekuan di dalam uterus yang perlu ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser, paling umum ke kanan, cenderung menandakan kandung kemih penuh. Uterus yang berkontraksi normal harus keras ketika disentuh.

2) Perubahan Serviks, dan Perineum

Setelah kelahiran, serviks akan berubah menjadi bersifat patulous terkulai, dan tebal. Tonis vagina dan tampilan jaringan vagina dipengaruhi oleh peregangan yang telah terjadi selama kala II persalinan. Adanya edema atau memar pada introitus atau area perineum sebaiknya dicatat.

3) Perubahan Plasenta, Membran dan Tali Pusat

Harus waspada apakah plasenta dan membran lengkap, serta apakah terdapat abnormalitas, seperti ada simpul sejati pada tali pusat.

#### 4) Penjahitan Episiotomi dan Laserasi

Penjahitan episiotomi dan laserasi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe jahitan, hemostatis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka.

#### 4. Perubahan psikologi ibu bersalin

Pada ibu bersalin terjadi perubahan psikologis diantaranya (Sondakh, 2013):

- 1) Rasa cemas pada bayinya yang akan lahir
- 2) Kesakitan saat kontraksi dan nyeri
- 3) Ketakutan saat melihat darah

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik dan pembukaan yang kurang lancar. Menurut pitchard dkk (2008) perasaan cemas dan takut merupakan factor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinannya lama. Apabila perasaan takut dan cemas yang dialami ibu berlebihan maka akan berujung pada stress.

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi psikologi ibu meliputi:

- 1) Melibatkan psikologi ibu, emosi dan periapan intelektual
- 2) Pengalaman bayi sebelumnya
- 3) Kebiasaan adat
- 4) Hubungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Sikap negatif yang mungkin muncul pada ibu menjelang proses persalinan adalah sebagai berikut:

- 1) Persalinan sebagai ancaman terhadap keamanan
- 2) Persalinan sebagai ancaman sebagai self-image
- 3) Medikasi persalinan
- 4) Nyeri persalinan dan kelahiran.

#### **j. Masalah pada Persalinan**

Beberapa masalah yang bisa terjadi menjelang persalinan, proses persalinan dan paska persalinan menurut Rabiah (2013), antara lain :

##### **a. Janin terlilit tali pusar**

Kondisi ini kerap membuat para calon ibu khawatir. Pasalnya ada penelitian yg mengatakan 25% janin mengalami hal ini. Dan ada juga penelitian yang mengatakan sekitar 20% persalinan normal. Terdapat beberapa tali pusar yang tidak membahayakan janin sehingga harus dipastikan dengan pemeriksaan *ultrasonografi*. Dengan pemeriksaan ini dapat dilihat posisi lokasi lilitan tali. Beberapa kali lilitan terjadidan bagaimana aliran darah di daerah lilitan tersebut bisa diketahui apakah lilitan tali pusar tersebut membahayakan janin atau tidak. Kondisi bayi yang terlilit tali pusar akan berpengaruh terhadap ibu dan si jabang bayi, yaitu:

- a) gangguan proses persalinan normal, karena janin tidak turun ke rongga panggul menuju jalan lahirnya;

- b) jika lilitan terlalu kuat membuat janin kekurangan oksigen (hipoksia) dan akan membahayakan.



Gambar 2.54  
Bayi Lilitan Tali pusar  
Sumber: [Www.alodoctor.com](http://www.alodoctor.com)

Maka apabila kondisi seperti diatas dan calon ibu ingin memutuskan persalinan normal, maka perlu pendampingan dari dokter yang terus memonitor apakah dapat menyebabkan bahaya. Jika keadaan makin memburuk maka jalan satu-satunya adalah dengan operasi ceasar.

b. Posisi bayi sungsang

Bila bayi didapati dengan posisi sungsang mintalah dokter untuk mengembalikan posisi janin sebelum meminta anda untuk melakukan proses persalinan cesar. Tindakan yang dapat anda lakukan agar bayianya kembali ke posisi normal maka lakukan knee-chest atau posisi sujud-menungging (dada lutut). Jika posisi janin tetap sungsang sampai akhir kehamilan, biasanya



dokter akan melakukan tindakan *External Cephalic Version* (ECV) atau memutar janin. Tindakan ini dapat dilakukan bila:

- a) Ibu hamil tidak mengalami pendarahan pada vagina dan plasenta di dekat mulut rahim;
- b) Detak jantung bayi tidak normal;
- c) Hamil kembar;
- d) Pertumbuhan janin tidak normal;
- e) Air ketuban kurang.



c. Bayi lahir dengan sindromadown

Bayi lahir dengan kondisi sindromadown atau sindroma mongoloid terjadi karena kelainan pembelahan sel di seluruh tubuh bayi yang disebut non disjunction. Hal ini yang menghasilkan janin yang saat ini masih berupa embrio dengan tiga copy kromosom bukan 2 copy sebagaimana mestinya. Penyebabnya hal ini masih belum di ketahui samapai sekarang

d. Bayi lahir premature

Penyebab umumnya terjadinya kelahiran premature adalah *Premature Rupture of Membrane* (PROM). Ini terjadi karena selaput ketuban pecahan dan air ketuban keluar sebelum waktunya lahir beberapa ahli berpendapat bahwa pemicunya adalah:

- a) Infeksi vagina, kadar hormon estrogen yang meningkat dalam keadaan hamil menyebabkan vagina memproduksi lebih banyak glikogen yang mendukung pertumbuhan jamur. Pencegahannya adalah menjaga kebersihan vagina;
- b) Infeksi saluran kemih, gejalanya adalah merasa terbakar ketika akan buang air kecil, sakit di seputar panggul atau dibawah puser, anyang-anyangan atau sering terasa mau buang air kecil, urin bau dan berwarna keruh serta terkadang ada darahnya. Pencegahan dengan minum air putih sesuai dengan kebutuhan tubuh;
- c) *Listeria* atau *listeriosis*. Infeksi ini sering diabaikan, gejalanya mirip flu dengan sedikit demam serta kadang diare. Selain kelahiran premature, hayi bisa menderita meningitis. Pencegahnya dengan menghindari makanan yang mudah dihinggapai jamur seperti keju lunak atau daging yang belum matang;

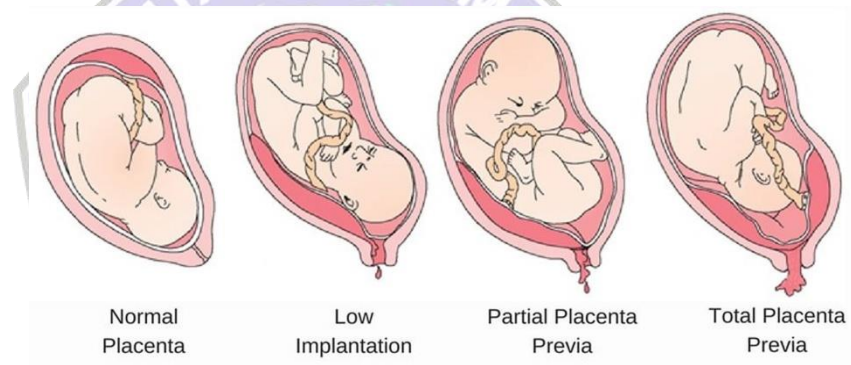
- d) Cairan amniotic yangterlalu banyak;
- e) Mulut rahim yang lemah;
- f) Bentuk rahim yangtidak normal, misal: memiliki kantong rahim ganda tetapi satu mulut rahim;
- g) Hamil kembar;
- h) Stress selama fase kehamilan Pencegahannya dengan melakukan relaksasi;
- i) Hamil di usia sudahtua.

e. Plasenta previa

Plasenta previadi mana plasenta tumbuh di tempat yg salah. Seharusnya plasenta terbentuk di sepanjang bagian atas rahim. Namun pada kasus ini Kondisi ini mengganggu proses persalinan karena plasenta menutupi jalur lahir janin dan sekitar 0.5% ibu hamil mengalami plasenta previa. Letak plasenta yang tidak pada tempatnya ini bisa diketahui sejak sebelum proses persalinan. Plasenta previa biasanya dapat terdeteksi melalui ultrasonografi. Jika terdektisi tumbuh di bawah rahim pada usia kehamilan lebih dari 28 minggu, maka ibu hamil dinyatakan positif mengalami plasenta previa. Jika plasenta menghalangi jalan lahir maka diputuskan untuk persalinan caesar tanda klinis dari plasenta previa adalah painless bleeding atau pendarahan tanpa nyeri. Hal ini harus ditangani cepat dan tepat karena berakibat fatal bagi ibu dan janin. Penyebabnya masih belum

diketahui. Terdapat beberapa resiko terjadinya plasenta previa yakni:

- a) Pemah melakukan kuretase dan operasi caesar di kehamilan sebelumnya;
- b) Kehamilan kembar,
- c) Memiliki endometrium, merokok;
- d) Hamil dibawah usia 20 tahun atau diatas 30 tahun;
- e) Memiliki riwayat plasenta previa pada kehamilan sebelumnya.



Gambar 2.56  
Placenta previa

Sumber: <http://Healthjade.com>

f. Preeklamsia dan postpartum eklamsia

Pre eklamsia merupakan keadaan dimana tekanan darah meningkat dan terdapat protein dalam urin yang hanya bisa terjadi selama masa kehamilan. Ketika pre eklamsia terjadi di minggu-minggu akhir kehamilan, maka dokter dengan cepat mengambil tindakan mengeluarkan janin sebagai bentuk

pertolongan pada janin. Namun jika pre eklampsia terjadi di awal kehamilan maka pihak medis akan mengambil tindakan memperpanjang masa kehamilan sampai janin dianggap telah cukup kuat untuk dilahirkan dan keadaan ibu baik. Pre-eklampsia masih bisa terjadi setelah persalinan dan risiko masih bisa terjadi setelah persalinan dan risiko masih tinggi samapai 4 minggu, setelahnya bila keadaan preeklamsia tidak ditangani dengan baik dikhawatirkan terjadi eklampsia dengan tanda klinis berupa kejang dan koma. Terdapat beberapa gejala sebelum terjadi eklampsia atau impending eklampsia yaitu: tekanan darah meningkat, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri perut bagian atas (nyeri ulu hati), pembekakan seluruh badan, nyeri otot dan sendi. Penyebab Pre eklampsia belum dapat dipastikan. Menurut dugaan para ahli adalah faktor genetik, pola makan, defisiensi vitamin (misalnya vitamin A) atau penulakan sistem imun dari plasenta oleh tubuh ibu. Baik pre eklampsia dan eklampsia penanganannya dilakukan oleh dokter dengan memberikan obat-obatan seperti magnesium sulfat untuk mencegah dan mengatasi kejang. Lalu suntikan label atol, nicardipine nifeaipine atau hidralazin untuk menurunkan tekanan darah.

g. Ketuban pecah dini

Penanganan ketuban pecah dini sangat tergantung pada kondisi ibu dan kehamilannya, termasuk janin dan cairan ketuban. Jika jumlah cairan ketuban masih cukup, maka dokter cenderung menahan janin di rahim. Dan si calon ibu harus beristirahat total dan mendapat penanganan diberikan obat-obatan untuk mematangkan paru-paru janin dan antibiotik untuk mencegah infeksi. Umumnya hal ini akan membuat selaput ketuban akan menutup sendiri dan cairan ketuban akan kembali dan terus dibentuk. Jika cairan ketuban habis sama sekali, dokter akan segera mengeluarkan bayi lewat jalan operasi caesar. Tips mencegah ketuban pecah:

- a) Periksa kehamilan secara teratur dan segera ke obgin jika merasa ada yang tidak normal dengan kehamilan atau di daerah kemaluan
- b) Bersihkan daerah kemaluan dengan dari mulai dari depan ke belakang:
- c) Jika mulur rahim cenderung lemah segera hentikan melakukan hubungan seksual;
- e) Konsumsi vitamin C secara teratur terlebih saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu.

#### h. Bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR)

Proses kelahiran cenderung lancar tetapi kondisi bayi yang baru saja dilahirkan tidak sempurna. Tak sedikit bayi yang dilahirkan dalam kondisi berat badan rendah. Umumnya terjadi lantaran usia kehamilan yang belum cukup bulan atau bayi lahir tapi berat badan saat lahir lebih kecil ketimbang pada saat didalam kandungan (dismaturitas).

Faktor penyebab berat badan lahir rendah:

- a) Adanya gangguan pertumbuhan janin yang sering disebabkan oleh suplai makanan dari ibu ke janin kurang:
  - b) Kelainan plasenta;
  - c) Infeksi atau hipertensi.

Pencegahan berat badan lahir rendah:

- a) Mengonsumsi makanan yang dianjurkan dokter obgin,
- b) Selalu menjaga kehamilan berkembang normal. Sedangkan penanganan bayi lahir dengan berat badan rendah adalah memantau asupan gizi yang masuk kedalam tubuh bayi.

#### **K. Standar Asuhan Persalinan**

Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. Setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat

intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (Rohani dkk, 2014).

#### **L. Lima Benang Merah Persalinan**

Menurut Oktarina (2016) Ada 5 aspek dasar yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima Benang Merah tersebut adalah :

##### **1. Pengambilan Keputusan Klinik**

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan harus akurat, komprehensif dan aman. baik bagi pasien dan keluarga maupun petugas yang memberikan pertolongan. Membuat Keputusan klinik dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis menggunakan informasi dan dari hasil intervensi berdasarkan bukti. Keterampilan dan pengalamannya yang dikembangkan melalui berbagai tahap yang logis dalam upaya menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien.

Berikut ini merupakan langkah proses pengambilan keputusan klinik:

##### **a) Pengumpulan Data**

Bidan mengumpulkan data subjektif dan data objektif dari klien. data subjektif adalah informasi yang diberikan ibu tentang apa



yang dirasakan, apa yang sedang dialami dan apa yang telah dialami, termasuk informasi tambahan dari anggota keluarga tentang status ibu. Data Obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemerikn/penantar terhadap ibu atau bayibaru lahir. Cara mengumpulkan data yaitu berbicara dan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang kondisi ibu dan riwayat perjalanan penyakit, mengamati perilaku ibu apakah ibu terlihat sehat atau sakit, melakukan pemeriksaan fisik serta melakukan pemeriksaan tambahan lainya bila perlu.

b) Diagnosa

Membuat diagnosa secaa tepat dan cepat setelah data dikumpulkan dan dianalisa. Pastikan bahwa data-data yang ada dapat mendukung diagnosa. Jangan lupa untuk memperhatikan kemungkinan selama diagnosa banding

c) Penatalaksanaan Asuhan

Rencana penatalaksanaan asuhan disusun setelah diagnosa ditegakkan, Piliha intervensi efektif dipengaruhi oleh: bukti-bukti klinik, Keinginan dan kepercayaan ibu, Tempat dan waktu asuhan, Perlengkapan bahan dan obat-obatan yang tersedia, Biaya yang diperlukan.

d) Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk menilai bagaimana tingkat efektivitas penatalaksanaan yang telah berikan kepada klien. Tentukan

apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan kebutuhan saat itu atau kemajuan pengobatan.

## 2. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang bayi

Asuhan Sayang Ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Evidence based midwifery menunjukkan bahwa jika ibu diperhatikan dan di beridukung selama persalinan mereka mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik, asuhan sayang ibu yang dapat diberikan :

- a) Meninggalkan Intervensi Yang Membahayakan, seperti Pemberian oksitosin sebelum persalinan dengan cara apapun efeknya tidak dapat di kontrol, mendorong fundus selama persalinan.
- b) Memberikan ibu kebebasan untuk menentukan posisi dan gerakan yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran
- c) Kebiasaan Rutin Yang Membahayakan yang harus dihindarkan, seperti klisma pencukuran rambut pubis dan eksplorasi uterus.

Prinsip Asuhan Sayang ibu:

- a) Memahami bahwa kelahiran merupakan proses alami dan fisiologis
- b) Menggunakan cara-cara yang sederhana dan tidak melakukan intervensi tanpa ada indikasi
- c) Memberikan rasa aman berdasarkan fakta dan memberi kontribusi pada keselamatan jiwa ibu

- d) Asuhan yang diberikan berpusat pada ibu.
  - e) Menjaga privasi serta kerahasiaan ibu
  - f) Membantu ibu agar merasa aman, nyaman dan didukung
  - g) Memastikan ibu mendapat informasi penjelasan dan konseling yang cukup
  - h) Mendukung ibu dan keluarga untuk berpesan aktif dalam pengambilan keputusan
  - i) Menghormati praktek-praktek adat dan keyakinan agama
  - j) Memantau kesejahteraan fisik, psikologis, spiritual dan sosial ibu/keluarganya selama kehamilan, persalinan dan nifas.
  - k) memfokuskan perhatian pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
3. Pencegahan Infeksi dalam Proses Persalinan

Tindakan pencegahan infeksi adalah bagian esensial dari asuhan lengkap yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir dan harus dilaksanakan secara rutin mengingat bahwa infeksi dapat ditularkan melalui darah, sekret vagina air mani, cairan amnion dan cairan tubuh lainnya maka setiap petugas yang bekerja di lingkungan yang mungkin terpapar hal-hal tersebut mempunyai risiko untuk tertular bila tidak mengindahkan prosedur pencegahan infeksi (Saifuddin, 2010).

Penatalaksana pencegahan infeksi untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi pada ibu bersalin meliputi: Prosedur cuci tangan,

pemakaian sarung tangan, pengelolaan cairan antiseptik, pemrosesan alat bekas pakai, dan pengelolaan sampah medik belum sepenuhnya dilakukan sesuai dengan pedoman pencegahan infeksi.

a) Proneedur cuci tangan

Mencuci tangan dengan air dan sabun akan banyak mengurangi jumlah mikroorganisme dari kulit dan tangan, Berikut adalah 7 langkah cuci tangan yang efektif.



Gambar 2.57  
Langkah Cuci tangan  
Sumber: JurnalBidandiah.Blogspot.com

b) Pengelolaan cairan antiseptik

Klorin berfungsi sebagai desinfektan mikroorganisme patogen utama yang terdapat di dalam air umumnya berasal dari kotoran manusia. Desinfeksi air dapat dilakukan mendekati sempurna, yaitu 99,9%. populasi bakteri Istilah klorinasi dalam desinfeksi air.

c) Proses alat partus bekas pakai

Pengelolaan alat kesehatan dapat mencegah penyebaran Infeksi melalui alat kesehatan, atau menjamin alat tersebut selalu dalam kondisi steril dan pakai Pemilihan pengelolaan alat tergantung pada kegunaan alat dan berhubungan dengan tingkat.

Risiko penyebaran infeksi Pengelolaan alat dilakukan melalui empat tahapan yaitu :

- 1) Dekontaminasi,
- 2) Pencucian
- 3) Sterilisasi atau DTT
- 4) Penyimpanan

Pemilihan cara pengelolaan alat kesehatan sesuai dengan risiko infeksi dan jenis penggunaan alat :

Tabel 2.8  
Pengelolaan alat dengan Risiko infeksi

Tingkat Risiko	Jenis penggunaan alat	Cara pengelolahaan
Resiko Tinggi	Alat yang digunakan menembus kulit atau rongga tubuh	Sterilisasi atau menggunakan alat steril sekali pakai
Resiko sedang	Alat untuk digunakan pada mukosa atau kulit yang tidak utuh	Sterilisasi atau desinfeksi kimiawi atau perebusan
Resiko rendah	Alat yang digunakan pada kulit utuh tanpa menembus	Cuci bersih

(Sulistyawati, 2010).

d) Rujukan Medik

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap. Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dari satu unit ke unit yang lebih lengkap/Rumah Sakit) maupun horizontal (dari satu bagian ke bagian lain dalam satu unit). Sangat sulit untuk menduga kapan penyulit terjadi sehingga kesiapan merujuk ibu/bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Jika timbul masalah pada saat persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kali sulit untuk melakukan secara cepat. Singkatan BAKSOKUDA dapat

digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi :

- B ( Bidan ) yaitu pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk dibawa pasilitas rujukan
- A ( alat ) yaitu bawa pelengkapan dan bahan bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ketempat rujukan
- K ( keluarga ) beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu di rujuk.
- S ( surat ) berikan surat ke tempat rujukan. surat ini berisi identifikasi mengenai ibu dan BBL
- O ( obat ) bawa obat-obatan esensia pada saat mengantar ibu ke pasilitas rujukan.
- K ( kendaraan ) siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu.
- U ( uang ) ingatkan keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli keperluan lainnya
- Da ( darah ) persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan.

#### **M. Penapisan Persalinan**

Apabila didapati salah satu atau lebih penyulit seperti berikut di bawah ini pasien harus dirujuk:

- I. Riwayat bedah sesar
2. Perdarahan pervaginam
3. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
4. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
5. Ketuban pecah lama (lebih 24 jam)
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
7. Ikterus
8. Anemia berat
9. Tanda/gejala infeksi
10. Pre eklampsia/hypertensi dalam kehamilan
11. Tinggi fundus uteri > 40 cm atau lebih
12. Gawat janin
13. Primipara dalam fase aktif dengan palpasi kepala janin masih  
5/5
14. Presentasi bukan belakang kepala
15. Presentasi majemuk
16. Kehamilan gemelli
17. Tali pusat menubung
18. Syok

(Wiladatika, 2013)



## N. Teori Observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada 2 tanda berikut ini yaitu:

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

Persalinan kala 1 dibagi menjadi dua fase yaitu:

a) persalinan kala 1 fase laten

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

b) Persalinan kala 1 fase aktif

- 1) Fase ini dimulai saat dilatasi serviks mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi serviks lengkap
- 2) Selama fase aktif, dilatasi serviks berlangsung semakin progresif
- 3) Kecepatan dilatasi serviks rata-rata selama fase aktif kira-kira 1,5 cm per jam dan pada nulipara kira-kira 1 cm per jam. Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi serviks yaitu diambil adalah 1 cm per jam.

c) Penatalaksanaan awal persalinan kala 1 fase laten

Bila pasien MKB pada awal persalinan dan pada pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal maka yang harus dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila pasien mengeluhkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan dan minum seperti biasa, disarankan untuk jalan-jalan

d) Fase aktif tidak boleh melebihi waktu 8 jam dengan demikian maka diagnose saat awal inpartu harus dipertimbangkan secara hati-hati untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebih dan tidak perlu.

**O.Langkah Asuhan Persalinan Normal**

**a. Mengenali Gejala dan Tanda Kala Dua**

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan Kala Dua
  - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
  - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
  - c) Perineum tampak menonjol
  - d) Vulva dan sfinger ani membuka

**b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan**

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk resusitasi, tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, 3 handuk/kain bersih

dan kering, alat penghisap lendir, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm di atas tubuh bayi. Menggelar kain di atas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set

- 3) Pakai celemek plastik
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik))

**c. Memastikan Pembukaan Lengkap Dan Keadaan Janin Baik**

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.

- Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)
- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi
  - 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 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan
  - 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120–160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf

**d. Menyiapkan Ibu Dan Keluarga Untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran**

- 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.

12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)

13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:

a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif

b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.

c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)

d) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi

e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu

f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)

g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai

h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)

14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

**e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi**

15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 - 6 cm

16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu

17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

**f. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi**

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

- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan 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 di antara dua klem tersebut
- 21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

**g. Penanganan Bayi Baru Lahir**

25) Lakukan penilaian (selintas):

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?
- c) Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir (melihat penuntun berikutnya) Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke-26

26) Keringkan tubuh bayi

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

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

28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intra muskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).



- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
- a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
  - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
  - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup

menyusu dari satu payudara. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

#### **h. Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala Tiga**

- 33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

#### **i. Mengeluarkan Plasenta**

- 36) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial)

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
- (1) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
  - (2) Lakukan kateterisasi ( aseptic ) jika kandung kemih penuh
  - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
  - (4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
  - (5) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan
- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari- jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaut yang tertinggal.

**j. Rangsangan Taktil ( Masase ) Uterus**

38) segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

a) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase

**k. Menilai Perdarahan**

39) periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastic atau tempat khusus.

40) evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

**l. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan**

41) pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

42) celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan membilasnya dengan air DTT kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

**m. Evaluasi**

- 43) pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kemih kosong
- 44) ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) evaluasi dan estimasi jumlah pengeluaran darah
- 46) memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 47) pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi ber nafas dengan baik (40-60 kali/menit), jika bayi sulit bernafas, merintih, retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit. Jika nafas bayi terlalu cepat segera di rujuk. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Kembalikan bayi kulit ke kulit dengan ibunya dan selimuti ibu dan bayi dengan satu selimut.

**n. Kebersihan Dan Keamanan**

- 48) tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
- 49) buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 50) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lender, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering

- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu Ibu memberikan ASI.  
Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- 52) dekontaminasi tempat bersain dan apron yang dipakai dengan larutan klorin 0,5%
- 53) celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %.  
Lepaskan dalam keadaan terbalik kemudian rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 54) cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 55) Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk penatalaksanaan bayi lahir
- 56) dalam waktu satu jam, beri antibiotika salep mata pencegahan, dan vitamin k1 1 mg intra muscular dipaha kiri anterolateral. Setelah itu lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pantau setiap 5 menit untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali / menit) serta suhu tubuh normal (36,5- 37,5 °C)
- 57) Setelah satu pemberian vitamin k1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral. Letakkan bayi I dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa di susukan

- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik didalam larutan klorin 0,5 %
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering dekontaminasi
- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang). Periksa tanda vital dan asuhan kala IV

## **P. Partograf**

### **a. Pengertian**

Beberapa pengertian dari partograf adalah sebagai berikut:

- 1) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik UNPK-KR, 2014).
- 2) Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan (Sarwono, 2009)

### **b. Tujuan**

Adapun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantuan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2014). Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

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

(UNPK-KR, 2014)

c. Partograf harus digunakan

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis Partograf sangat membantu penolong



persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan.

- 2) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua jempuk puskesmas, BPM, rumah sakit, dll
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran

d. Pengisian partograf

Pengisian partograf antara lain

- 1) Pencatatan selama fase laten kala I persalinan Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik catatan kemajuan persalinan maupun di Kartu Menuju Sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :
  - a) Denyut jantung janin setiap 30 menit.
  - b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit.
  - c) Nadi setiap 30 menit
  - d) Pembukaan serviks setiap 4 jam
  - e) Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
  - f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam

g) Produksi urin, aseton dan protein setiap 2-4 jam.

h) Pencatatan selama fase aktif persalinan

(JNPK-KR, 2014).

2) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi Yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, meliputi:

- a) Informasi tentang ibu: nama, umur, gravida, para, abortus (keguguran), nomor catatan medik, tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
- b) Waktu pecahnya selaput ketuban
- c) Kondisi janin: DJJ (denyut jantung janin), warna dan adanya air ketuban, penyusupan (moulase) kepala janin.
- d) Kemajuan persalinan: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin, garis waspada dan garis bertindak
- e) Jam dan waktu: waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu saktual saat pemeriksaan atau penilaian
- f) Kontraksi uterus: frekuensi dan lamanya
- g) Obat-obatan dan cairan yang diberikan: oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan I.V yang diberikan.

- h) Kondisi ibu: nadi, tekanan darah, dan temperatur, urinaseton atau protein)
- i) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan)

(Sarwono, 2009)

e. Mencatat temuan pada partograf

Adapun temuan-temuan yang harus dicatat adalah:

- 1) Informasi tentang ibu lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai jam atau pukul pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi Janin Bagan alas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin)

a) Denyut jantung janin

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas bersambung. Kisaran

normal DJJ terpapar pada patograf diantara 180 dan 100. Akan tetapi penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

b) Warna dan adanya air ketuban

Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat semua temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJI. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

Tabel 2.9  
Lambang Warna Air Ketuban

U	Selaput ketuban masih uluh (belum pecah)
J	Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
M	Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
D	selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
K	selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

Sumber: (UNPK-KR. 2014)

f. Penyusupan (molase) tulang kepala janin

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disporposi kepala panggul (CPD). Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disporposi di tunjukan melalui derajat

penyusupan atau tumpang tindih (molase yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disporposisi kepala panggul maka penting untuk tetap kondisi janin serta kemajuan Persalinan. Setiap kali melakukan pemeriksaan penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini:

Tabel 2.10  
Molase Tulang Kepala Janin

0	Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
1	Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
2	Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi Masih dapat dipisahkan
3	Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

Sumber: (JNPK-KR. 2014)

g. Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera dikolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan sentimeter dan menempati lajur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan. Setiap kontak

segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu.

- 1) Pembukaan servik Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Perhatikan:

- a) Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam.
- b) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks (hasil periksa dalam) dan cantumkan tanda "X" pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dangaris waspada.
- c) Hubungkan tanda "X" dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus). (JNPK-KR, 2014).

- 2) Penurunan bagian terbawah janin

Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah bagian janin

telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah tapi ada kalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm (UNPK-KR, 2014). Berikan tanda "O" yang ditulis pada garis waktu yang Sebagai contoh, jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda "O" di garis angka 4. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus

3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan Berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika lajut pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit, Garis bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada disebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNPK-KR, 2014).

#### h. Jam dan Waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNPK-KR, 2014).

#### i. Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan "kontraksi per 10 menit" di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi (JNPK-KR, 2014)

#### j. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

##### 1) Oksitosin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam tetes per menit.



## 2) Obat-obatan lain

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan atau cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (UNPK-KR, 2014).

### k. Halaman belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran. Setra sejak persalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatkan asuhan yang telah diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya pendarahan pasca persalinan). Selain itu, catatan persalinan (diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman (UNPKKR, 2014).

### 2.1.3 Konsep Asuhan Nifas

#### A. Definisi Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu ( 42 hari ) setelah itu. Dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut puerperium yaitu dari kata Puer yang artinya bayi dan Parous melahirkan. Jadi, Puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Sekitar 50% kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi (Dewi, Vivian. 2014).

Periode postpartum adalah waktu penyembuhan dan perubahan yaitu waktu kembali pada keadaan tidak hamil. Dalam masa nifas alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih seperti pada keadaan sebelum hamil. Untuk membantu proses penyembuhan pada masa nifas, maka ibu nifas membutuhkan diet yang cukup, kalori dan protein, membutuhkan istirahat yang cukup dan sebagainya.

## **B. Proses dari masa nifas**

### 1) Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik karena dapat mengecil serta membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Bentuk otot rahim mirip jala berlapis 3 dengan serat-seratnya, yang melintang kanan, kiri dan transversal. Di antara otot-otot itu ada pembuluh darah yang mengalirkan darah ke plasenta. Setelah plasenta lepas, otot rahim akan berkontraksi atau mengerut, sehingga pembuluh darah terjepit dan perdarahan berhenti. Setelah bayi lahir, umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira 2 jari dibawah umbilikus. Satu minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gr. Sekitar 2 minggu beratnya sekitar 300 gr dan tidak dapat diraba lagi. Jadi, secara alamiah rahim akan kembali mengecil perlahan-lahan kebentuknya semula. Setelah 6 minggu beratnya sudah sekitar 40-60 gr. Pada saat ini di anggap bahwa masa nifas sudah selesai. Namun sebenarnya rahim akan kembali keposisi yang normal dengan berat 30 gr dalam waktu 3 bulan, ini bukan hanya rahim saja yang kembali normal, tapi juga kondisi tubuh ibu secara keseluruhan.

### 2) Kekentalan darah kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak, sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb) akan tampak sedikit menurun

dari angka normal sebesar 11-12 gr. Jika hemoglobinya terlalu rendah. Setelah melahirkan, sistem sirkulasi darah ibu akan kembali seperti semula. Darah kembali mengental, dimana kadar perbandingan sel darah dan cairan darah kembali normal. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai hari ke-15 pasca persalinan.

### 3) Proses laktasi dan menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar 2-3 hari pasca melahirkan. Namun hal yang luar biasa adalah sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang sangat baik untuk bayi, karena mengandung zat gizi, dan anti bodi pembunuh kuman (Saleha, Sitti, 2009)

### **C. Perubahan fisiologis pada masa nifas**

Pada masa nifas, organ reproduksi internal dan eksternal akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan terjadi secara berangsur-angsur dan berlangsung selama kurang lebih 3 bulan (Maritalia, 2012).

## a. Perubahan Sistem Reproduksi

### 1) Uterus

Pada uterus terjadi involusi. Proses involusi adalah proses kembalinya uterus kedalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada tahap ketiga persalinan, uterus pada garis tengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilikus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, besar uterus kira-kira sama besar uterus ketika usia kehamilan 16 minggu (kira-kira sebesar jeruk asam) dan beratnya sekitar 100 gr.

Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm diatas umbilikus. Dalam beberapa hari kemudian, perubahan involusi berlangsung dengan cepat. Fundus turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam. Pada hari pascapartum keenam fundus normal akan berada di pertengahan antara umbilikus dan simfisis pubis. Uterus tidak bisa dipalpasi pada abdomen pada hari kesembilan pascapartum.

Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali lebih berat sebelum hamil, berinvolusi kira-kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr (11 sampai 12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus berada didalam

panggul sejati lagi. Pada minggu keenam, beratnya menjadi 50-60 gr.

Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan masif uterus selama hamil. Pertumbuhan uterus prenatal bergantung pada hiperplasia, peningkatan jumlah sel-sel otot dan hipertrofi sel-sel yang telah ada. Pada masa postpartum penurunan kadar hormon-hormon ini menyebabkan terjadinya autolisis, merusak secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap. Hal inilah yang menjadi penyebab ukuran uterus sedikit lebih besar setelah hamil.

Subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk kembali pada keadaan tidak hamil. Penyebab subinvolusi yang paling sering adalah tertahannya fragmen plasenta dan infeksi (Dewi, 2011)

2) Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

a) Iskemia miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur

hingga panjangnya 10 kali dari semula dan dan lebar 5 kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

c) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis (Dewi, 2011).

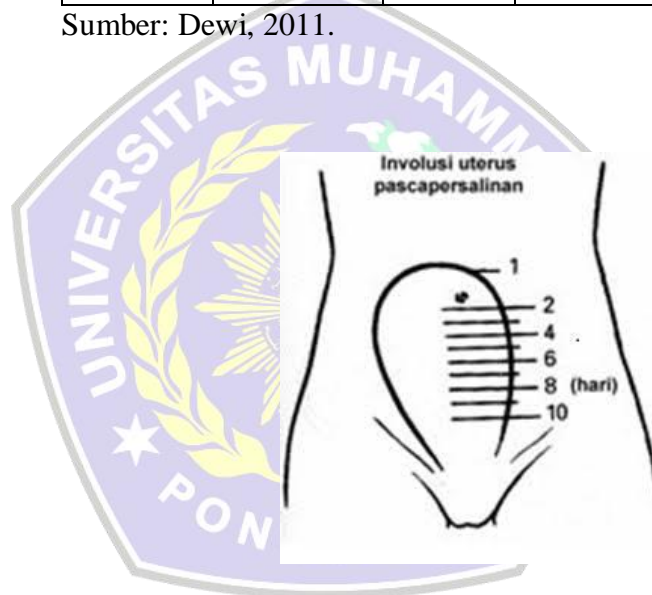
Perubahan uterus ini berhubungan erat dengan perubahan-perubahan pada miometrium. Pada miometrium terjadi perubahan-perubahan yang bersifat proteolisis hasil dari proses ini dialirkan melalui pembuluh getah bening.

Tabel 2.11  
Involusi Uterus

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)	Diameter Bekas Melekat Plasenta (cm)	Keadaan Serviks

Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri Lahir	2 jari dibawah pusat	750	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500	7,5	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
2 minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	3-4	
6 minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	
8 minggu	Sebesar normal	30		

Sumber: Dewi, 2011.



Gambar 2.58

Involusi uterus

Sumber: yenioktatriwijayanti.blogspot.com

### 3) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.



Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trombus.

Biasanya luka yang demikian sembuh dengan menjadi parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisi tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta di bawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakikatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkannya menjadi terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lokea (Dewi, 2011).

#### 4) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang

mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligamen, fasia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Dewi, 2011).

#### 5) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah.

Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis.

Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium eksternum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar dan tetap terdapat retak-retak dan robekan pada

pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh karena robekan ke samping ini terbentuklah bibir depan dan bibir belakang pada serviks (Dewi, 2011).

#### 6) Lokea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lokea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

Lokea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa atau alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokea mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Sekret mikroskopik lokea terdiri atas eritrosit, peluruhan desidua, sel epitel, dan bakteri. Lokea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya sebagai berikut:

##### a) Lokea rubra atau merah (kruenta)

Lokea ini muncul pada hari pertama sampai hari ke tiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan atau luka pada

plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Lokea ini terdiri atas sel desidua, verniks kaseosa, rambut lanugo, sisa nekoneum, dan sisa darah.

b) Lokea sanguinolenta

Lokea ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 3-5 hari postpartum.

c) Lokea serosa

Lokea ini muncul pada hari ke 5-9 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lokea ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

d) Lokea alba

Lokea ini muncul lebih dari hari ke 10 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati (Dewi, 2011).

Bila pengeluaran lokea tidak lancar, maka disebut lochiastasis. Jika lokea tetap berwarna merah setelah 2 minggu kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau karena involusi yang kurang sempurna yang sering disebabkan retroflexio uteri. Lokea mempunyai suatu karakteristik bau yang tidak sama dengan sekret menstrual. Bau yang paling

kuat pada lokea serosa dan harus dibedakan juga dengan bau yang menandakan infeksi (Dewi, 2011).

Lokea disekresikan dengan jumlah banyak pada awal jam postpartum yang selanjutnya akan berkurang sejumlah besar sebagai lokea rubra, sejumlah kecil sebagai lokea serosa, dan sejumlah lebih sedikit lagi lokea alba. Umumnya jumlah lokea lebih sedikit bila wanita postpartum berada dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas manakala wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan mengalir keluar manakala dia berdiri. Total jumlah rata-rata pembuangan lokea kira-kira 8-9 oz atau sekitar 240-270 ml (Dewi, 2011).

Tabel 2.12

## Perbedaan Masing-masing Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Keterangan
Rubra/Merah (Creanta)	1-3 Hari	Merah	Terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo dan Meconium
Sanguinolenta	4-7 Hari	Merah Kecoklatan dan Berlendir	Sisa darah dan berlendir
Serosa	8-14 Hari	Kuning Kecoklatan	Mengandung serum, Leukosit dan Robekan/Laserasi Plasenta
Alba/Putih	>14 Hari	Putih	Mengandung Leukosit, Sel desidua sel epitel selaput

			lender serviks, dan serbut jaringan yang mati.
--	--	--	--

Sumber: Kemenkes RI, 2015.

#### 7) Perubahan pada vagina dan perineum

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berbanding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Hilmen tampak sebagai tonjolan jaringan kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara (Saleha, 2009).

#### b. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

##### 1) Suhu

Suhu ibu akan naik pada hari pertama 37,5-38 °C dan suhu akan normal kembali (Rahayu, 2012).

##### 2) Nadi

Nadi dalam keadaan normal selama masa nifas kecuali pengaruh partus lama, persalinan sulit dan kehilangan darah yang berlebihan. Setiap denyut nadi 100 x/menit selama nifas adalah abnormal dan mengindikasikan pada infeksi atau haemoragis postpartum (Rahayu, 2012).

### 3) Tekanan Darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan (Rahayu, 2012).

#### **c. Perubahan Sistem Kardiovaskular**

Cardiac output meningkat selama persalinan dan peningkatan lebih lanjut setelah kala III, ketika besarnya volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Penurunan setelah hari pertama puerperium dan kembali normal pada akhir minggu ketiga. Meskipun terjadi penurunan di dalam aliran darah ke organ setelah hari pertama, aliran darah ke payudara meningkat untuk mengadakan laktasi. Merupakan perubahan umum yang penting keadaan normal dari sel darah merah dan putih pada akhir puerperium (Rahayu, 2012).

Pada beberapa hari pertama setelah kelahiran, fibrinogen, plasminogen, dan factor pembekuan menurun cukup cepat. Akan tetapi darah lebih mampu untuk melakukan koagulasi dengan peningkatan viskositas, dan ini berakibat meningkatkan resiko thrombosis (Rahayu, 2012).

#### **d. Sistem Pencernaan Pada Masa Nifas**

##### 1) Nafsu makan

Nafsu Makan menurut (Jannah, 2011) yaitu :

- a) Ibu biasanya lapar setelah melahirkan.
- b) Ibu boleh konsumsi makanan ringan.
- c) Ibu akan merasa sangat lapar setelah benar-benar pulih dari efek analgesik, anastesi, dan kelelahan.

##### 2) Motilitas

- a) Secara khas, penurunan tonus otot dan motilitas otot
- b) Traktus cerna menetap selama waktu singkat setelah bayi lahir.
- c) Kelebihan analgesik dan motilitas ke keadaan normal.

##### 3) Defekasi

- a) Buang air besar spontan bisa tertunda selama 2 sampai 3 hari setelah ibu melahirkan.
- b) Buang air besar tidak lancar disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinaan dan awal masa pasca persalinaan, diare sebelum, persalinaan, kurang makan, atau dalam keadaan dehidrasi.
- c) Kebiasaan buang air besar teratur perlu dicapai setelah tonus kembali pada keadaan normal (Jannah, 2011).



#### **e. Perubahan Sistem Perkemihan**

Pelvis ginjal dan ureter yang tegang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Perkemihan sistikopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak saja edema dan hiperemia. Dinding kandung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstrasvasi darah pada submukosa. Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum agar dapat dikendalikan. Oleh karena itu, contoh spesimen diambil melalui katektisasi agar tidak terkontaminasi dengan lokia yang nonpatologis, hal ini dapat diwujudkan hanya bila tidak ada tanda dan gejala infeksi saluran kemih atau preeklamsi. Diuresis yang normal dimulai segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3.000 ml perharinya. Hal ini diperkirakan merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu juga di dapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan.

#### **D. Adaptasi Psikologis Masa Nifas**

Menurut Astuti, RY (2015) periode masa nifas merupakan waktu untuk terjadi stres, terutama ibu primipara. Masa nifas mempengaruhi sukses dan lancarnya masa transisi menjadi orang tua. Kondisi ini

dipengaruhi oleh respon dan dukungan dari keluarga dan teman dekat, riwayat pengalaman hamil dan melahirkan yang lalu serta harapan ataupun keinginan dan aspirasi ibu saat hamil dan melahirkan.

Periode masa nifas ini diekspresikan oleh Reva Rubin yaitu dalam memasuki peran menjadi seorang ibu, seorang wanita mengalami masa adaptasi psikologis yang terbagi dalam fase-fase berikut: (Astuti, 2015).

a. Fase Taking In

Fase taking in merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini ciri-ciri yang bisa diperlihatkan adalah:

- 1) Ibu nifas masih pasif dan sangat tergantung
- 2) Fokus perhatian ibu adalah pada dirinya sendiri
- 3) Ibu nifas lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami sehingga pengalaman selama proses persalinan diceritakan secara berulang-ulang dan lebih suka didengarkan.
- 4) Kebutuhan tidur meningkat, sehingga diperlukan istirahat yang cukup karena baru saja melalui proses persalinan yang melelahkan.
- 5) Nafsu makan meningkat. Jika kondisi kelelahan dibiarkan terus menerus, maka ibu nifas akan menjadi lebih mudah tersinggung dan pasif terhadap lingkungan.

#### b. Fase Taking Hold

Fase taking hold berlangsung mulai hari ketiga sampai kesepuluh masa nifas. Adapun ciri-ciri fase taking hold antara lain:

- 1) Ibu nifas sudah bisa menikmati peran sebagai seorang ibu
- 2) Ibu nifas mulai belajar merawat bayi tetapi masih membutuhkan orang lain
- 3) Ibu nifas lebih berkonsentrasi pada kemampuannya menerima tanggung jawab terhadap perawatan bayi
- 4) Ibu nifas merasa khawatir akan ketidakmampuan serta tanggung jawab dalam merawat bayi
- 5) Perasaan ibu nifas sangat sensitif sehingga mudah tersinggung, maka diperlukan komunikasi dan dukungan yang positif dari keluarga selain bimbingan dan dorongan tenaga kesehatan untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

Pada fase ini merupakan saat yang tepat untuk memberikan penyuluhan tentang perawatan bayi ataupun perawatan masa nifas sehingga ibu nifas memiliki rasa percaya diri untuk merawat dan bertanggung jawab atas bayinya.

#### c. Fase Letting Go

Fase ini terjadi setelah hari kesepuluh masa nifas atau pada saat ibu nifas sudah berada di rumah. Pada fase ini ibu nifas sudah bisa menikmati dan menyesuaikan diri dengan tanggungjawab peran barunya. Selain itu keinginan untuk merawat bayi secara mandiri

serta bertanggungjawab terhadap diri dan bayinya sudah meningkat.

- 1) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia 2-6 hari setelah persalinan.
- 2) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- 3) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- 4) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari 3 2 minggu setelah persalinan Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan) 4-6 minggu setelah persalinan.
- 6) Menanyakan pada ibu tentang penyulit. penyulit yang ia atau bayi alami
- 7) Memberikan konseling untuk KB secara dini

(Saifuddin, 2013)

## E. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

### 1. Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masaini sering terdapat banyak masalah, misalnya pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah, dan suhu (Saleha, 2009)

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

- a. Disebut juga puerperium intermedial (minggu kedua sampai minggu ke enam).
- b. Masa pulih/kepulihan menyeluruh otot-otot alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak bau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik (Maryunani, 2016)

### 3. Periode latepostpartum

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu sehat sempurna bisa berminggu-minggu, Bulanan, Tahunan. (Ambarwati, 2010).

## F. Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

Kebutuhan dasar pada masa nifas sebagai berikut:

### a. Kebutuhan gizi ibu menyusui

Kualitas dan jumlah makanan yang dikonsumsi akan sangat memengaruhi produksi ASI. Ibu menyusui harus mendapatkan tambahan zat makanan sebesar 800 kkal yang digunakan untuk memproduksi ASI dan untuk aktivitas ibu sendiri.

#### 1) Energi

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama pasca partum mencapai 500 kkal. Rekomendasi ini berdasarkan pada asumsi bahwa tiap 100 cc ASI berkemampuan memasok 67-77 kkal. Efisiensi konversi energi yang terkandung dalam makanan menjadi energi susu sebesar rata-rata 80% dengan kisaran 76-94% sehingga dapat diperkirakan besaran energi yang diperlukan untuk menghasilkan 100 cc susu sekitar 85 kkal. Rata-rata produksi ASI sehari 800 cc yang berarti mengandung 600 kkal. Sementara itu, kalori yang dihabiskan untuk menghasilkan ASI sebanyak itu adalah 750 kkal. Jika laktasi berlangsung selama lebih dari 3 bulan, selama itu pula berat badan ibu akan menurun, yang berarti jumlah kalori tambahan harus ditingkatkan (Sulistyawati, 2009).

## 2) Protein

Kebutuhan protein yang dibutuhkan adalah 3 porsi per hari. Satu protein setara dengan tiga gelas susu, dua butir telur, lima putih telur, 120 gram keju, 1 gelas yoghurt, 120-140 gram ikan atau daging atau unggas, 200-240 gram tahu atau 5-6 sendok selai kacang (Heryani, 2010).

Selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein di atas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1,2 gram protein. Ibu menyusui juga dianjurkan makan makanan yang mengandung asam lemak Omega 3 yang banyak terdapat dalam ikan kakap, tongkol, dan lemuru. Asam ini akan diubah menjadi DHA yang akan dikeluarkan melalui ASI. Dengan penjelasan tersebut, akhirnya dapat dirumuskan beberapa anjuran yang berhubungan dengan pemenuhan gizi ibu menyusui, antara lain:

- 1) Mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori.
- 2) Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui.
- 4) Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas.
- 5) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

b. Eliminasi

Miksi disebut normal bila ibu buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan dirangsang dengan mengalirkan keran didekat klien, mengompres air hangat diatas simfisis, bila tidak berhasil dengan cara tersebut maka dilakukan dengan kateterisasi. Kateterisasi membuat klien tidak nyaman dan resiko infeksi saluran kencing tinggi. Untuk itu kateterisasi tidak dilakukan sebelum lewat 6 jam postpartum (Yanti dkk, 2011).

c. Ambulasi Dini (Early Ambulation)

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing pasien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya untuk berjalan. Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain:

- 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.
- 4) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (lebih ekonomis)

(Sulistyawati, 2009).



#### d. Kebersihan Diri

Beberapa langkah penting dalam perawatan kebersihan diri ibu *post partum*, antara lain :

- 1) Jaga kebersihan seluruh tubuh untuk mencegah infeksi dan alergi kulit pada bayi. Kulit ibu yang kotor karena keringat atau debu dapat menyebabkan kulit bayi mengalami alergi melalui sentuhan kulit ibu dengan bayi.
- 2) Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah anus.
- 3) Mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari. Masih adanya luka terbuka di dalam rahim dan vagina sebagai satu-satunya *port de entre* kuman penyebab infeksi rahim maka ibu harus senantiasa menjaga suasana keasaman dan kebersihan vagina dengan baik.
- 4) Mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali ia selesai membersihkan daerah kemaluannya.
- 5) Jika mempunyai luka *episiotomy*, hindari untuk menyentuh daerah luka. Ini yang kadang kurang diperhatikan oleh pasien dan tenaga kesehatan. Karena rasa ingin tahunya, tidak jarang pasien berusaha menyentuh luka bekas jahitan di perineum tanpa memerhatikan efek yang dapat ditimbulkan dari

tindakannya ini. Apalagi pasien kurang memerhatikan kebersihan tangannya sehingga tidak jarang terjadi infeksi sekunder (Heryani, 2010).

e. Istirahat

Ibu *post partum* sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang.

Kurang istirahat pada ibu *post partum* akan mengakibatkan beberapa kerugian, misalnya:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidaknyamanan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Sulistyawati, 2009).

f. Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu

tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

g. Senam Nifas.

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan sedini mungkin dengan catatan ibu menjalani persalinan normal dan tidak ada penyulit post partum . Sebelum memulai bimbingan cara senam nifas, sebaiknya bidan diskusi terlebih dahulu dengan pasien mengenai pentingnya otot perut dan panggul untuk kembali normal. Dengan kembalinya kekuatan otot perut dan panggul, akan mengurangi keluhan sakit punggung yang biasanya dialami oleh ibu nifas .

( Sulistyawati, 2009)

### G. Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.13  
Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 Jam Postpartum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena Atonia uteri.</li> <li>2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan Berlanjut.</li> <li>3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri</li> <li>4. Pemberian ASI Awal</li> <li>5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</li> <li>6. Menjaga bayi tetap sehat melalui</li> </ol>

		<p>7. Setelah bidan melakukan pertolongan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.</p>
II	6 hari postpartum	<p>1. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggifundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.</p> <p>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.</p> <p>3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup</p> <p>4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan</p> <p>5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</p> <p>6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</p>
II	2 minggu Postpartum	Asuhan pada 2 minggu postpartum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari postpartum.
IV	6 minggu Postpartum	<p>1. Menanyakan penyulit-penyulit yang di alami ibu selama masa nifas.</p> <p>2. Memberikan konseling KB secara dini.</p>

Sumber : (Walyani, 2014)

## H. Tanda-Tanda Bahaya Ibu Nifas

### 1) Infeksi Masa Nifas

Infeksi masa nifas adalah keadaan yan mencakup semua peradangan alat-alat genelalia dalam masa nifas (Mochtar, 201)

## 2) Subinvolusi Uteri

Segera setelah persalinan, berat Rahim sekitar 1000 gram dan selanjutnya mengalami masa proteolitik, sehingga otot Rahim menjadi kecil ke bentuknya semula (Manuaba, 2012). pada palpasi uterus teraba masih besar, fundus masih tinggi, lokhea banyak, dapat berbau dan terjadi perdarahan (Mochtar, 2011)

## 3) Mastitis

Mastitis adalah suatu peradangan payudara di sebabkan oleh kuman, terutama *staphylococcus aureus* melalui luka pada putting susu, atau melalui peredaran darah. Keluhan yang muncul payudara membesar, keras, nyeri, kulit memerah, dan membusuk (abses), dan akhirnya pecah dengan borok serta keluarnya nanah bercampur air susu. Dapat disertai suhu badan naik darah memanggil (Mochtar, 2011).

## 4) Galaktokel

Galaktokel yaitu air susu membeku dan terkumpul pada suatu bagian payudara menyerupai tumor kistik. Terjadi karena sumbatan air susu (Mochtar, 2011).

## I. Cara Menyusui

Cara Menyusui yang Benar Membantu segera untuk menyusui bayinya setelah lahir sangatlah penting. Semakin sering bayi menghisap puting susu ibu, maka pengeluaran ASI juga semakin lancar. Hal ini disebabkan, isapan bayi akan memberikan rangsangan

pada hipofisis untuk segera mengeluarkan hormon oksitosin yang bekerja merangsang otot polos untuk memeras ASI. Pemberian ASI tidak terlepas dengan teknik atau posisi ibu dalam menyusui.

Posisi menyusui dapat dilakukan dengan:

1. Posisi berbaring miring

Posisi ini baik dilakukan pada saat pertama kali atau ibu dalam keadaan lelah atau nyeri.

2. Posisi duduk

Pada saat pemberian ASI dengan posisi duduk dimaksudkan untuk memberikan topangan/sandaran pada punggung ibu dalam posisi tegak lurus ( $90^\circ$ ) terhadap pangkuanya. Posisi ini dapat dilakukan dengan bersila di atas tempat tidur atau lantai, ataupun duduk dikursi

3. Tidur terlentang

Seperti halnya pada saat dilakukan inisiasi menyusui dini, maka posisi ini juga dapat dilakukan oleh ibu. Posisi bayi berada di atas dada ibu di antara payudara ibu.

Tanda tanda bayi bahwa telah berada pada posisi yang baik pada payudara antara lain :

- a) Seluruh tubuhnya berdekatan dan terarah pada ibu.
- b) Mulut dan dagu bayi berdekatan dengan payudara
- c) Areola tidak akan tampak jelas.

- d) Bayi akan melakukan hisapan lamban dan dalam, dan menelan ASInya
- e) Bayi terlihat senang dan tenang
- f) Ibu tidak akan merasa nyeri pada daerah payudara.

- **Teknik Menyusui :**

Seorang ibu dengan bayi pertamanya mungkin mengalami berbagai masalah, hanya karena tidak mengetahui cara-cara yang sebenarnya sangat sederhana, seperti misalnya cara menaruh bayi pada payudara ketika menyusui, isapan bayi yang mengakibatkan putting susu terasa nyeri, dan masih banyak lagi masalah yang lain. Terlebih pada minggu pertama setelah persalinan seorang ibu lebih peka dalam emosi. Untuk itu seorang ibu butuh seseorang yang dapat membimbingnya dalam merawat bayi termasuk dalam menyusui. Orang yang dapat membantunya terutama adalah orang yang berpengaruh besar dalam kehidupannya atau yang disegani, seperti suami, keluarga/kerabat terdekat, atau kelompok ibu-ibu pendukung ASI dan dokter/tenaga kesehatan.

Seorang dokter atau tenaga kesehatan yang berkecimpung dalam bidang laktasi, seharusnya mengetahui bahwa walaupun menyusui itu merupakan suatu proses alamiah, namun untuk mencapai suatu keberhasilan menyusui diperlukan pengetahuan mengenai teknik-

teknik menyusui yang benar. Sehingga pada suatu saat nanti dapat disampaikan pada ibu yang membutuhkan bimbingan laktasi.

- **Lama Dan Frekuensi Menyusui:**

Sebaiknya menyusui bayi tanpa dijadwal (on demand), karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing dan sebagainya) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam.

Pada awalnya bayi akan menyusui dengan jadwal yang tidak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian. Menyusui yang dijadwalkan akan berakibat kurang baik, karena isapan bayi sangat berpengaruh pada rangsangan produksi ASI selanjutnya. Dengan menyusui ASI tanpa jadwal, sesuai kebutuhan bayi, akan mencegah banyak masalah yang mungkin timbul. Menyusui di malam hari akan sangat berguna bagi ibu yang bekerja, karena dengan disusukan pada malam hari akan memacu produksi ASI, dan juga dapat mendukung keberhasilan menunda kehamilan.

Untuk menjaga keseimbangan besarnya kedua payudara, maka sebaiknya setiap kali menyusui harus digunakan kedua payudara dan diusahakan sampai payudara terasa kosong, agar produksi ASI



tetap baik. Setiap menyusui dimulai dengan payudara yang terakhir disusukan. Selama masa menyusui, sebaiknya ibu menggunakan kutang (BH) yang dapat menyangga payudara, tetapi tidak terlalu ketat.

Tabel. 2.14  
Jenis-Jenis ASI

Jenis-jenis ASI	Ciri-Ciri
Kolostrum	Cairan Pertama yang dilakukan oleh kelenjar payudara pada hari 1-3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa
ASI Transisi	Keluar pada hari 3-8 jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak, Hidrat arang Tinggi
ASI mature	ASI yang keluar hari ke 8-11 dan seterusnya, nutria terus berubah sampai bayi 6 bulan

Sumber : Kemenkes RI, 2015

## J. Perawatan Payudara

- Pengertian Perawatan

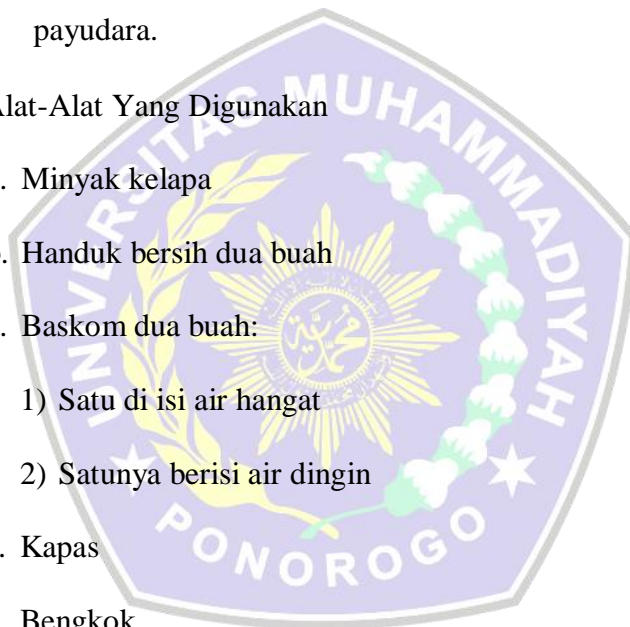
payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk memperlancarkan pengeluaran ASI.

- Tujuan

- a. Memelihara kebersihan payudara.
- b. Melenturkan dan menguatkan putting susu
- c. Memperlancar produksi ASI

- Waktu Pelaksanaan

Dilakukan dua kali sehari pada waktu mandi pagi dan sore hari.
- Syarat-Syarat Untuk Mendapatkan Hasil Yang Diharapkan
  - a. Dilakukan secara teratur dan sistematis
  - b. Makanan dan minuman ibu yang seimbang dan sesuai dengan kesehatan ibu
  - c. BH (Bra) yang dipakai ibu selalu bersih dan menyokong payudara.
- Alat-Alat Yang Digunakan
  - a. Minyak kelapa
  - b. Handuk bersih dua buah
  - c. Baskom dua buah:
    - 1) Satu di isi air hangat
    - 2) Satunya berisi air dingin
  - d. Kapas
  - e. Bengkok
  - f. Waslap dua buah
- Teknik Perawatan Payudara
  1. Tempelkan kapas yang sudah diberi minyak kelapa selama  $\pm$  5 menit, kemudian puting susu dibersihkan.
  2. Tempelkan kedua telapak tangan diantara kedua payudara.



3. Pengurutan dimulai kearah atas, kesamping, telapak tangan kiri kearah sisi kiri, telapak tangan kanan kearah sisi kanan. Pengurutan diteruskan kebawah, selanjutnya melintang, telapak tangan mengurut kedepan kemudian dilepaskan dari payudara, gunakan diulangan 30 kali.
4. Telapak tangan kiri menopang payudara kiri dan jari-jari tangan sisi kelingking mengurut payudara kearah putting susu, gerakan diulang sebanyak 30 kali untuk tiap payudara.
5. Telapak tangan kiri menopang payudara, tangan kanan menggenggam dan mengurut payudara dari pangkal menuju keputing susu, gerakan ini diulang sebanyak 30 kali untuk setiap payudara.
6. Selesai pengurutan, payudara disiram dengan air hangat dan dingin bergantian selama  $\pm 5$  menit, kemudian gunakan BH yang bersih dan menopang.

Tujuan dari perawatan payudara adalah untuk melancarkan sirkulasi darah dan mencegah terjadi tersumbatnya saluran susu, sehingga pengeluaran ASI lancar. perawatan payudara dilakukan sedini mungkin, bahkan tidak menutup kemungkinan perawatan payudara sebelum hamil sudah mulai dilakukan. Sebelum menyentuh puting susu, pastikan tangan ibu selalu bersih dan cuci tangan sebelum menyusui. Kebersihan payudara paling tidak dilakukan minimal satu

kali dalam sehari, dan tidak diperkenankan mengoleskan krim, minyak dan alkohol ataupun sabun pada puting susunya.

#### **K. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas**

- 1) Perdarahan pascapersalinan adalah komplikasi yang terjadi pada tenggang waktu di antara persalinan dan masa pascapersalinan. Faktor presdiposisi anemia, penyebab perdarahan paling sering adalah atonia uteri serta retensio plasenta, yang lain adalah laserasi serviks atau vagina, ruptur uteri dan inversio uteri.
- 2) Infeksi nifas seperti sepsis, dengan demam salah satu gejala/tanda yang paling mudah dikenali. Faktor presdiposisi yaitu persalinan macet, ketuban pecah dini, pemeriksaan dalam terlalu sering, pemantauan janin intravaginal, dan bedah sesar. Penyebab infeksi adalah kuman salah satunya *strepococcus pyogenes*.
- 3) Eklamsia, ibu dengan persalinan yang diikuti oleh eklamsia atau preeklamsia berat, harus dirawat inap. Pengobatan terpilih menggunakan magnesium sulfat ( $MgSO_4$ )
- 4) Komplikasi pasca persalinan lain adalah infeksi saluran kemih, retensio urin
- 5) Masalah psikologis, dapat dihindari dengan adanya dukungan sosial serta dukungan pelaksana pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan. (Prawirohardjo, 2010)

## **L. Gangguan Psikologis Masa Nifas**

Menurut Astutik (2014), gangguan psikologis masa nifas terbagi atas 3 yakni:

### **1. Postpartum Blues (Syndroma Baby Blues)**

Postpartum blues (baby blues) merupakan kemurungan setelah melahirkan yang muncul sekitar hari kedua sampai dua minggu masa nifas. Penyebab yang lain diantaranya adalah: perubahan hormone, stress, ASI tidak keluar, frustrasi dikarenakan bayi nangis dan tidak mau tidur. Adapun gejala postpartum blues yang sering muncul antara lain, cemas tanpa sebab, tidak sabar, tidak percaya diri, sensitive, mudah tersinggung, merasa kesepian, merasa kurang menyayangi bayinya.

### **2. Postpartum Sindrom**

Jika gejala postpartum blues dibiarkan terus dan bertahan lebih dari dua minggu, maka kondisi ini bisa menimbulkan postpartum syndrome. Adapun gejala post partum syndrome antara lain :

- 1) Cemas tanpa sebab.
- 2) Menangis tanpa sebab.
- 3) Tidak sabar.
- 4) Tidak percaya diri.
- 5) Sensitif.
- 6) Mudah tersinggung.
- 7) Merasa kesepian.

8) Merasa khawatir dengan keadaan bayinya.

9) Merasa kurang menyayangi bayinya.

### 3. Depresi Postpartum

Perubahan peran menjadi ibu baru sering kali membuat beberapa ibu merasakan kesedihan, kebebasan interaksi social dan kemandiriannya berkurang.

Gejala depresi postpartum diantaranya:

1) Sulit tidur, walaupun bayi sudah tidur.

2) Nafsu makan menghilang.

3) Perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol.

### 4. Postpartum Psikosis

Jika depresi postpartum dibiarkan berkepanjangan dan tidak segera ditangani, maka dikhawatirkan terjadi postpartum psikosis.

Postpartum psikosis dapat disebabkan karena wanita menderita bipolar disorder atau masalah psikiatrik lainnya (schizo affektif disorder). Gejala postpartum psikosis bervariasi dan berbeda antara

individu yang satu dengan lainnya. Gejala tersebut muncul secara dramatis dan sangat dini serta dapat berubah secara cepat yang

meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak normal/irasional dan gangguan agitas, ketakutan dan kebingungan

karena ibu nifas kehilangan kontak dengan realitas secara cepat.

Gejala yang timbul sangat tiba-tiba dan mayoritas terjadi sebelum

16 hari masa nifas.

## M. Standar Asuhan Nifas

### 1) Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga (Rukiah, 2012).

### 2) Kebijakan Program Pemerintah dalam Asuhan Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi. Kunjungan masa nifas menurut (Anggraini, 2014) antara lain:

#### a) Kunjungan 1 (6-8 Jam setelah persalinan)

- (1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atoniauteri.
- (2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- (3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atoniauteri.
- (4) Pemberian ASI awal, 1 jam setelah inisiasi menyusui dini (IMD) berhasil dilakukan.
- (5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal

dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

b) Kunjungan 2 (6 hari setelah persalinan)

- (1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- (3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- (4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c) Kunjungan 3 (2 minggu setelah persalinan)

- (1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- (3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.



(4)Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

(5)Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

d) Kunjungan 4 (6 minggu setelah persalinan)

(1)Menanyakan pada ibu tentang penyulit- penyulit yang dia atau bayi alami.

(2)memberikan konseling untuk KB

3) Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu. Pada masa pasca persalinan, sedang ibu memerlukan:

a) Informasi dan Konseling Tentang:

(1)Perawatan bayi dan pemberian ASI (payudara)

(2)Apa yang terjadi termasuk gejala adanya masalah yang mungkin timbul

(3)Kesehatan pribadi, hygiene, dan masa penyembuhan

(4)Kehidupan seksual

(5)Kontrasepsi

(6) Nutrisi

b) Pelayanan kesehatan untuk kecurigaan dan munculnya tanda terjadi komplikasi (Sarwono, 2010) Penatalaksanaan perawatan selama puerperium secara spesifik bidan mempunyai tanggung jawab sebagai berikut:

- (1) Melakukan evaluasi kontinu dan penatalaksanaan perawatan
- (2) kesejahteraan wanita
- (3) Memberi pemulihan dari ketidaknyamanan fisik
- (4) Memberi bantuan dalam menyusui
- (5) Memfasilitasi pelaksanaan peran sebagai orang tua
- (6) Melakukan pengkajian bayi selama kunjungan rumah
- (7) Memberikan pedoman antisipasi dan instruksi melakukan penapisan kontinu untuk komplikasi puerperium (Varney, 2008)

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

##### **A. Definisi Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat badan lahirnya 2500 gram sampai dengan 4000 gram, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat (Kosim, 2012).

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dan kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan berat lahir antara 2500-4000 gram pada usia kehamilan 37-42 minggu (Karyuni, 2009).

### **B. Ciri-ciri bayi baru lahir**

Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah:

- a. bayi yang lahir dengan kehamilan aterm antara 37-42 minggu,
- b. bayi yang mempunyai berat badan 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm, dan lingkar lengan 11 – 12 cm.
- c. frekuensi jantung 120-160 kali/menit,
- d. pernapasan  $\pm$  40-60 kali/menit,
- e. kulit kemerahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- f. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- g. kuku agak panjang dan lemas,
- h. mempunyai nilai APGAR  $>7$ ,
- i. bergerak aktif,
- j. bayi lahir langsung menangis kuat,

- k. genitalia: perempuan labia mayora sudah menutup labia minora dan laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada,
- l. Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut), reflek sucking (isap dan menelan), reflek morro (gerakan memeluk jika dikagetkan) dan reflek grasping (menggenggam) sudah terbentuk dengan baik.
- m. mekonium keluar dalam 24 jam pertama, dan mekonium berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010).

### C. Penilaian Apgar Skor

Menurut Manuaba (2010), penilaian bayi baru lahir dilakukan dengan menggunakan sistem penilaian Apgar. Dalam melakukan pertolongan persalinan merupakan kewajiban untuk melakukan: Pencatatan (jam dan tanggal kelahiran, jenis kelamin bayi, pemeriksaan tentang cacat bawaan). Identifikasi bayi (rawat gabung, identifikasi sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepaskan sampai penyerahan bayi). Pemeriksaan ulang setelah 24 jam pertama sangat penting dengan pertimbangan pemeriksaan saat lahir belum sempurna.

Tabel 2.15

#### Apgar Skor

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i>	Tidak ada	>100	>100

(denyut jantung)			
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ektremits sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber: Vivian. 2010

**Keterangan:**

Asfiksia berat : Jumlah nilai 0 sampai 3,

Asfiksia sedang : Jumlah nilai 4 sampai 6,

*Vigorous baby* : Jumlah nilai 7 sampai 10.

**D. Tahap Bayi Baru Lahir**

- 1) Tahap I terjadi segera setelah bayi lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan *system scoring* apgar untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi dan ibu.
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- 3) Tahap III disebut tahap periodic, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Dewi, 2011)

### E. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa klasifikasi menurut Marmi (2015), yaitu:

a. Neonatus menurut masa gestasinya :

- 1) Kurang bulan (preterm infant): < 259 hari (37 minggu)
- 2) Cukup bulan (term infant): 259-294 hari (37-42 minggu)
- 3) Lebih bulan (postterm infant): > 294 hari (42 minggu atau lebih).

b. Neonatus menurut berat badan lahir :

1) Berat lahir rendah

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi.

2) Berat lahir cukup

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 2500 sampai 4000 gram.

3) Berat lahir lebih

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir lebih dari 4000 gram.

c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masagestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):

1) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)

2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

## F. Macam-Macam Refleksi Bayi Baru Lahir

Menurut Hidayat (2008) reflek pada bayi baru lahir, antara lain sebagai berikut:

- a. Reflek *morro* yaitu refleksi yang timbul diluar kemauan atau kesadaran bayi. dapat dilakukan dengan cara memukul meja pemeriksaan di dekat kepala bayi.
- b. Reflek *babynsky* dapat dilakukan dengan cara menggores telapak kaki sepanjang tepi luar.
- c. Reflek *tonick neck* yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal dapat dilakukan dengan memutar kepala bayi ke salah satu sisi dengan cepat.
- d. Reflek *rooting* yaitu mencari puting susu dengan rangsang taktil pada pipi dan daerah mulut.
- e. Refleksi *sucking* yaitu reflek menghisap areola puting susu tertekan dagu bayi, lidah dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI.
- f. *Swallowing* refleksi; yaitu refleksi menelan dimana ASI dimulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.
- g. *Grasping* refleksi; bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi, maka jari-jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat.

- h. *Stapping* refleks; reflek kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada satu dasar maka bayi seolah-olah berjalan.
- i. Refleks Berkedip (*glabellar reflex*) yaitu Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan perama (Marmi, 2012).
- j. Refleks *galands* yaitu 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 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Hidayat, 2008 ).

### **G. Psikologis Bayi Baru Lahir**

Adalah ilmu yang mempelajari fungsi dan proses vital pada neonatus. di bawah ini akan di uraikan beberapa fungsi dan proses vital pada neonatus:

#### 1) Sistem Pernapasan

Perkembangan system pulmoner, keadaan yang mempercepat proses maturasi paru-paru

- a) Taksemia
- b) Hipertensi
- c) Diabetes Berat



- d) Infeksi
- e) Ketuban Pecah dini
- f) Insufisiensi plasenta

Keadaan diatas akan mengakibatkan stress berat pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru.

## 2) Jantung dan Sirkulasi darah

Di dalam rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi dari plasenta masuk ke dalam tubuh janin melalui vena umblikalis, sebagian besar masuk ke vena inferior melalui duktus venosus arantii.

Ketika janin dilahirkan segera setelah bayi menghirup udara dan menangis kuat. Dengan demikian paru-paru akan mengembang, tekanan paru-paru mengecil dan darah mengalir ke paru-paru dengan demikian duktus botali tidak berfungsi lagi, foramen ovale akan menutup. Penutupan foramen oval terjadi karena adanya pemotongan dan pengikatan tali pusat sebagai berikut:

- a) Sirkulasi plasenta berhenti, aliran darah ke atrium kanan menurun, sehingga tekanan jantung menurun, tekanan rendah di aorta hilang sehingga tekanan jantung kiri meningkat.
- b) Asistensi pada paru-paru dan aliran darah ke paru-paru meningkat, hal ini menyebabkan tekanan ventrikel kiri meningkat.

### 3) Saluran Pencernaan

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

### 4) Hepar

Hepar janin pada kehamilan empat bulan mempunyai peranan dalam metabolisme hidrat arang, dan glikogen mulai di simpan didalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen cepat terpakai, vitamin A dan B juga di simpan di dalam hepar.

### 5) Metabolisme

Dibandingkan dengan ukuran tubuhnya, luas permukaan tubuh neonatus lebih besar dari pada orang dewasa, sehingga metabolisme perkilogram berat janinnya lebih besar.

### 6) Produksi Panas

Pada Neonatus apabila mengalami hipotermi bayi mengadakan penyesuaian suhu terutama dengan cara NSR (Non Shivering Thermogenesis) yaitu dengan cara pembakaran cadangan lemak (Lewat coklat) yang me mberikan lebih banyak energy dari pada lemak biasa.

### 7) Kelenjar Endokrin

Selama dalam uterus, janin mendapatkan hormone dari ibunya. Pada kehamilan sepuluh minggu, ketika tropin telah ditemukan dalam hipofisis janin, hormon ini diperlukan untuk mempertahankan grandula suprarenalis janin. Pada neonates kadang-kadang hormone dari ibunya masih berfungsi pengaruhnya dapat dilihat missal pada bayi laki-laki atau perempuan adanya pembesaran kelenjar air susu atau kadang-kadang adanya pengeluaran darah dari vagina yang menyerupai haid pada bayi perempuan.

### 8) Keseimbangan Air dan Fungsi Ginjal

Glomerulus di ginjal mulai dibentuk pada janin pada umur 8 minggu, jumlah pada kehamilan 28 minggu diperkirakan 350.000 dan akhir kehamilan diperkirakan 820.000 ginjal janin mulai berfungsi pada usia kehamilan 3 bulan.

### 9) Susunan Syaraf

Jika janin pada kehamilan 10 minggu di lahirkan hidup maka dapat dilihat bahwa janin tersebut dapat mengadakan gerakan spontan. Gerakan menelan pada janin baru terjadi pada kehamilan 4 bulan sedangkan gerakan menghisap terjadi pada kehamilan 6 bulan.

## 10) Imunologi

Pada system imunologi terdapat beberapa jenis imunologi (suatu protein yang mengandung zat antibody) diantaranya adalah imunoglobulin G (Ig G). Pada neonates hanya terdapat Ig G dibentuk banyak pada bulan ke 2 setelah bayi dilahirkan. Ig G Pada janin berasal dari ibunya melalui plasenta.

## H. Penanganan Bayi Baru Lahir

Rekomendasi WHO tahun 2013 tentang Penanganan Bayi Baru Lahir:

1. Segera setelah lahir, semua tubuh bayi harus dikeringkan secara menyeluruh dan menilai napas. Tali pusat harus dijepit dan dipotong setelah 1-3 menit, kecuali bayi perlu resusitasi penyedotan rutin tidak boleh dilakukan
2. Selama satu jam pertama setelah lahir, bayi harus dilakukan kontak kulit dengan ibunya untuk kehangatan dan inisiasi menyusui dini (IMD)
3. Pemeriksaan klinis secara penuh (termasuk berat badan, tanda-tanda bahaya, mata, tali pusat dan perawatan pencegahan lainnya harus dilakukan di sekitar 1 jam setelah lahir, ketika bayi setelah melakukan IMD, perawatan ini meliputi pemberian vitamin K profilaksis dan vaksinasi hepatitis B sesegera mungkin setelah lahir (dalam waktu 24 jam).

4. Ketika tenaga kesehatan terlatih atau bidan melakukan kunjungan bayi baru lahir di rumah perawatan tambahan harus disediakan. perawatan ini meliputi resusitasi bayi baru lahir dengan dilengkapi tas dan masker untuk bayi yang baru lahir yang tidak bernapas secara spontan pemeriksaan klinis ini dilakukan pada waktu yang ditetapkan (WHO, 2015)

Pada tahun 2012 Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menerbitkan pedoman untuk resusitasi bayi baru lahir dasar untuk membantu dengan perawatan segera setelah lahir, ventilasi tekanan positif, dan penghentian ventilasi. Yang meliputi:

- a. Bayi premature yang tidak memerlukan ventilasi tekanan positif, tali pusat tidak harus dijepit lebih awal dari satu menit setelah lahir.
- b. Pada neonatus yang lahir dengan air ketuban yang jernih dan mulai bernapas sendiri setelah lahir, pengisapan dari mulut dan hidung tidak boleh dilakukan.
- c. BBL dengan air ketuban bercampur mekonium, intrapartum pengisapan mulut dan hidung pada kelahiran kepala tidak dianjurkan.
- d. Pada bayi baru lahir yang tidak mulai bernapas meskipun pengeringan menyeluruh dan stimulasi tambahan, ventilasi tekanan positif harus dimulai dalam waktu satu menit setelah lahir.

- e. Pada bayi yang membutuhkan ventilasi tekanan positif jangka baru lahir atau prematur (>32 minggu kehamilan) ventilasi harus dimulai dengan udara (yaitu, tidak tambahan oksigen)
- f. Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, ventilasi harus disediakan menggunakan alat sungkup dan balon resusitasi.
- g. Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif, ventilasi harus dimulai dengan menggunakan sungkup
- h. Pada bayi yang baru lahir membutuhkan ventilasi tekanan positif kecukupan ventilasi harus dinilai dengan pengukuran denyut jantung setelah 60 detik ventilasi dengan gerakan dada terlihat
- i. Pada bayi baru lahir yang tidak mulai bernapas dalam satu menit setelah lahir, prioritas harus diberikan untuk menyediakan ventilasi yang memadai daripada kompresi dada.
- j. Pada bayi baru lahir tanpa detak jantung terdeteksi setelah 10 menit ventilasi yang efektif, resusitasi harus dihentikan (WHO, 2012)

### **I. Identifikasi Bayi Baru Lahir**

Apabila bayi dilahirkan ditempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenal efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi dipulangkan (Sarwono, 2009).

Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, di kamar bersalin, dan di ruang rawat bayi. Alat yang digunakan hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus dan tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas. Pada alat identifikasi harus tercantum: nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu. Di setiap tempat tidur harus di beri tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir dan nomor identifikasi.

Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus dicetak di catatan yang tidak mudah hilang. Sidik telapak kaki bayi harus dibuat oleh personil yang berpengalaman menerapkan car ini, dan dibuat dalam catatan bayi. Bantalan sidik jari harus disimpan dalam ruangan bersuhu kamar. Ukurlah berat lahir, panjang bayi, lingkar kepala, lingkar perut dan catat dalam rekam medik. (Sulistyawati, 2010).

#### **J. Pemantauan Bayi Baru Lahir**

Tujuan pemantauan pada bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah bayi barur lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan setra tindak lanjut petugas kesehatan.

##### 1) Dua jam pertama sesudah lahir

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

- a. Kemampuan menghisap lemah atau kuat

- b. Bayi tampak aktif dan lunglai
  - c. Bayi kemerahan atau biru
- 2) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya, penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, meliputi:

- a. Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
- b. Gangguan pernapasan
- c. Hipotermi
- d. Infeksi
- e. Cacat bawaan dan trauma lahir

Yang perlu dipantau pada bayi baru lahir (Abdul Bari Saifuddin, 2009) :

- (1) Kesadaran dan reaksi terhadap sekeliling
- (2) Keaktifan
- (3) Simetri
- (4) Kepala
- (5) Muka/wajah
- (6) Mata
- (7) Mulut
- (8) Leher, dada, abdomen
- (9) Punggung
- (10) Bahu, tangan, sendi, tungkai



- (11) Kuku dan kulit
- (12) Kelancaran menghisap dan pertanyaan
- (13) Tinja dan kemih
- (14) Refleksi
- (15) Berat badan

### **K. Adaptasi Bayi Baru Lahir**

Menurut Marmi (2012) bayi baru lahir mengalami adaptasi pada tubuhnya mengalami proses adaptasi di antaranya:

#### **a. Sistem Pernapasan**

Masa yang paling kritis pada bayi baru lahir adalah ketika harus mengatasi resistensi paru pada saat pernapasan yang pertama kali dan proses pernapasan ini bukanlah kejadian yang mendadak, tetapi telah di persiapkan lama sejak intrauteri.

Perkembangan sistem pulnomer terjadi sejak embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari ini bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan ke 26-28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 2 minggu terbentuk segmen bronchu. Pada umur kehamillan 12 minggu terjadi deferensiasi lobus. Pada umur kehamilan 24 minggu terbentuk alveolus. Pada umur kehamilan 28 minggu terbentuk sorfaktan. Kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bias mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas

melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir (Saifuddin, 2014).

Keadaan yang mempercepat proses maturitas paru paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini, insufisiensi plasenta. Keenam keadaan diatas dapat mengakibatkan stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru paru.

Keadaan yang mempengaruhi keterlambatan maturitas paru paru adalah:

- 1) Diabetes yang ringan
- 2) Faktor inkompabilitas Rh
- 3) Gemeli satu ovum dengan berat badan yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru parunya belum matur. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta, setelah bayi lahir pertukaran gas terjadi pada paru paru (setelah tali pusat dipotong) (Marmi, 2012).

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

- 1) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir
- 2) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)

3) Rangsangan dingin didaerah luka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulus sensorik)

Saat kepala bayi melewati jalan panggul ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraknya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba tiba setelah bayi lahir. proses mekanisme ini menyebabkan cairan yang ada didalam paru paru hilang karena terdorong kebagian feriver paru untuk kemudian di absorpsi karena tertimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi melalui aktifasi nafas untuk yang pertama kali (Manuaba, 2009)

Tekanan intrathorak yang negatif disertai dengan aktifasi nafas yang pertama membuktikan adanya udara masuk kedalam paru-paru. Setelah beberapa kali nafas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan nafas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara.

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir nafas. Usaha bayi pertama kali untu mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan. Didalam alveoli itu sendiri adalah menari nafas dan mengeluarkan nafas dengan cara menjerit sehingga oksigen tertahan didalam alveoli.

Dalam keadaan anoksia, neonates masih dapat dipertahankan kehidupan karena adanya kelanjutan metabolisme anaerob yaitu

kelanjutan metabolisme tanpa oksigen. Pernafasan pada neonatus biasanya menggunakan pernafasan diafragma dan abdominal sedangkan frekuensi dan dalamnya pernafasan biasanya belum teratur. Pernafasan normal pada neonatus pertama kali dimulai ketika kurang lebih 30 detik sesudah kelahiran. Pernafasan ini terjadi sebagai akibat adanya aktivitas normal dari susunan syaraf pusat perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Misalnya tekanan mekanis pada thorax melalui pada jalan lahir. Penurunan tekanan pada oksigen dan kenaikan tekanan karbon dioksida pada paru-paru merangsang komereseptor yang terletak pada sinus karotis sehingga bayi bernafas, rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan pernafasan (Oktarina dkk, 2015).

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

## b. Sistem Peredaran Darah

### 1) Peredaran Darah Janin

Di dalam Rahim darah yang kaya oksigen dan nutrisi berasal dari plasenta masuk ke dalam tubuh janin melalui plasenta

umbilicallis, sebagian masuk ke vena kava inferior melalui duktus venosus aranti. Darah dari vena kava superior. Darah dari atrium kanan sebagian melalui foramen ovale masuk ke atrium kiri bercampur dengan darah yang berasal dari pulmonalis. Darah dari atrium kiri selanjutnya ke vertikel kiri yang kemudian akan di pompakan ke aorta, selanjutnya melalui arteri koronaria darah mengalir ke bagian kepala, ekstremitas kanan dan ekstremitas kiri.

Sebagian kecil darah berasal dari atrium kanan mengalir ke vertikel kanan bersama sama dengan darah yang berasal dari vena kava superior, karena tekanan dari paru-paru belum berkembang, maka sebagian besar dari vertikel kanan yang seharusnya mengalir melalui duktus arteriosus botali ke aorta desenden dan mengalir ke seluruh tubuh, sebagian kecil mengalir ke paru-paru dan selanjutnya ke atrium kiri melalui vena pulmonalis. Darah dari sel-sel tubuh yang miskin.

oksigen serta penuh dengan sisa pembakaran dan sebagainya akan dialirkan ke plasenta melalui arteri umbilikal, demikian seterusnya (Saifuddin, 2014).

## 2) Perubahan peredaran darah neonates

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

Sirkulasi janin memiliki karakteristik sirkulasi bertekanan rendah. Karena paru-paru adalah organ tertutup yang berisi cairan, maka paru-paru memerlukan aliran darah yang minimal. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru-paru mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri yang disebut dengan foramen ovale. Darah yang kaya akan oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus.

Karena tali pusat diklem, system bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi system sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi, dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat di klem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan napas pertama terjadi menyebabkan system pembuluh darah berelaksasi dan terbuka sehingga paru-paru menjadi system bertekanan rendah.

Kombinasi tekanan yang meningkat dalam sirkulasi sistemik dan menurun dalam sirkulasi paru menyebabkan perubahan tekanan aliran darah di sisi kiri jantung menyebabkan foramen ovale menutup, duktus arteriosus yang mengalirkan darah teroksigenasi ke otak janin kini tak lagi diperlukan. Dalam 48 jam, duktus ini akan mengecil dan secara fungsional menutup

akibat penurunan kadar prostaglandin, yang sebelumnya di suplai oleh plasenta. Darah teroksigenasi yang secara rutin mengalir melalui duktus arteriosus serta foramen ovale melengkapinya perubahan radikal pada anatomi dan fisiologi jantung. Darah yang tidak kaya akan oksigen masuk ke jantung bayi menjadi teroksigenasi sepenuhnya ke dalam paru, kemudian dipompakan ke seluruh bagian tubuh.

Dalam beberapa saat, perubahan tekanan yang luar biasa terjadi didalam jantung dan sirkulasi bayi baru lahir. hal penting bagi bidan memahami perubahan sirkulasi janin kesirkulasi bayi secara keseluruhan saling berhubungan dengan fungsi pernafasan dan oksigen yang adikuat.

Ketika janin dilahirkan segera bayi menghirup udara dan menangis kuat. dengan demikian paru paru berkembang, tekanan paru paru mengecil dan darah mengalir ke paru paru (Marmi, 2012).

Dampak hemodinamik dari berkembangnya paru paru bayi adalah:

- 1) Aliran darah menuju paru dari ventrikel kanan bertambah sehingga tekanan darah pada atrium kanan menurun karna tersedot oleh ventrikel, akibatnya tekanan darah pada atrium kiri makin meningkat

- 2) Tekanan darah pada atrium kiri meningkat sehingga secara fungsional foramen ovale tertutup
- 3) Penutupan secara anatomis masih berlangsung lama sekitar 2-3 bulan
- 4) Pada saat bayi lahir, umbilikus akan di potong sehingga aliran darah vena umbilikalis menuju vena kava inferior akan terhenti total.

Dampak pemotongan umbilikus terhadap dinamika sirkulasi janin menuju sirkulasi bayi adalah duktus arteriosus melalui proses sebagai berikut:

- 1) Sirkulasi plasenta terhenti, aliran darah ke atrium kanan menurun, sehingga tekanan jantung menurun, tekanan rendah di aorta hilang sehingga tekanan jantung kiri meningkat.
- 2) Resistensi pada paru-paru dan aliran darah ke paru-paru meningkat, hal ini menyebabkan tekanan ventrikel kiri meningkat.

Penutupan duktus arteriosus terjadi karena adanya penurunan resistensi paru-paru sehingga aliran ventrikel kanan ke paru-paru meningkat dan menyebabkan aliran darah melalui duktus arteriosus menurun. Penutupan tidak terjadi segera setelah lahir, pada jam-jam pertama aliran masih ada sedikit namun aliran tetap dari kiri ke kanan karena tekanan ventrikel kiri lebih besar dari tekanan jantung kanan, penutupan duktus arteriosus



terjadi tiga minggu setelah lahir, penutupan duktus venosus terjadi dalam 3-7 hari, mekanisme penutupan tidak diketahui.

Aliran darah paru pada hari pertama ialah 4-5 liter per-menit/m<sup>2</sup>. Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah, yaitu 1,96 liter per-menit/m<sup>2</sup> bertambah pertama pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/m<sup>2</sup>) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui tranfusi plasenta dan pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg.

Berdasarkan berbagai penjelasan diatas, dapat diketahui bahwa bentuk penyesuaian pada neonatus pada sistem peredaran darah adalah sebagai berikut:

- 1) Penutupan obliterasi sel pirau, voramen oral, duktus venosus, duktus arteriosus
- 2) Duktus venosus berfungsi dalam pengendalian tahanan vaskuler placenta terutama pada saat janin mengalami hipoksia.
- 3) Duktus venosus menutup beberapa menit pertama setelah lahir dan penutupan anatomis yang lengkap terjadi pada hari ke 20 setelah lahir.

4) Pada neonatus darah tidak bersirkulasi dengan mudah, pada kaki dan tangan sering berwarna kebiru-biruan dan terasa dingin dan biasanya TD: 80/46 mmHg.

5) Duktus arteriosus merupakan peran vaskuler yang penting sirkulasi fetus dan melakukan peran darah dari arteri pulmonalis ke aorta desenden (melalui paru) selama kehidupan fetal tekanan arteri pulmonalis sangat tinggi dan lebih dari tekanan aorta dan penutupan duktus arteriosus disebabkan oleh peningkatan tegangan oksigen dalam tubuh.

c. Sistem Pencernaan

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

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada masa neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium

(zat yang berwarna hitam kehijauan). Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ke tiga sampai empat yang berwarna coklat kehijauan.

Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatus nampaknya sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan atau minum. Enzim dalam saluran pencernaan biasanya sudah terdapat pada neonatus kecuali amilase pankreas, aktifitas lipase telah ditemukan pada janin tujuh sampai delapan bulan kehamilan.

Pada saat lahir aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan palatum sehingga bayi hanya bernafas melalui hidung, rasa kecap dan penciuman sudah ada sejak lahir, saliva tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama dan lahir volume lambung 25-50 ml.

Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah :

- 1) Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100cc
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida.
- 3) Defisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.

4) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi  $\pm 2-3$  bulan.

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. refleks muntah dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan (selain susu) masih terbatas. Hubungan antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan “gumoh” pada bayi baru lahir dan neonatus. kapasitas lambung sendiri sangat terbatas yaitu kurang dari 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya. Dengan adanya kapasitas lambung ini maka sangat penting bagi pasien untuk mengatur pola intake cairan pada bayi dengan frekuensi sedikit tapi sering, contohnya memberi ASI sesuai keinginan bayi. usus bayi masih belum matang sehingga tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari zat-zat berbahaya yang masuk ke dalam saluran pencernaannya. Disamping itu bayi baru lahir juga belum dapat mempertahankan air secara efisien dibanding dengan orang dewasa, sehingga kondisi ini dapat menyebabkan diare yang lebih serius pada neonatus.

#### d. Sistem Hati

Hepar janin pada kehamilan 4 bulan mempunyai peranan dalam metabolisme hidrat arang, dan glikogen mulai disimpan di dalam hepar, setelah bayi lahir simpanan glikogen cepat tercapai, vitamin A dan D juga sudah disimpan dalam hepar.

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

Enzim hepar belum aktif benar pada neonatus, contohnya enzim UDPG: (*Uridin Difosfat Glukorinidin Transferase*) dan enzim G6PD (glukose 6 fosfat dehidrogenase) yang berfungsi dalam sintesis bilirubin, sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologik.

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan formologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan lemak dan glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu agak lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya di toksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikel dengan dosis lebih dari 50 mg/kg BB perhari dapat menimbulkan *grey beby sindrom*.

#### e. Sistem Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relative lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal/kg akan lebih besar. Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari energi pembakaran karbohidrat dan pada hari ke 2 energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kurang lebih pada hari ke 6, pemenuhan kebutuhan energy bayi 60% di dapatkan dari lemak dan 40% dari karbohidrat.

Energy tambahan yang di perlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir, diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/100 ml. apabila oleh sesuatu hal misalnya bayi dari ibu yang menderita DM dan BBLR perubahan glukosa menjadi glikogen meningkat akan menjadi gangguan pada metabolisme asam lemak yang tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus, maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemi.

Untuk mengfungsikan otak, bayi baru lahir memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Setelah tindakan penjempitan tali pusat dengan klem pada saat lahir, seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glikosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam).

Koreksi penurunan gula darah dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu:

- 1) Melalui penggunaan ASI (bayi baru lahir sehat harus di dorong untuk diberi ASI secepat mungkin setelah lahir).
- 2) Melalui penggunaan cadangan glikogen (glikogenesis)
- 3) Melalui pembuatan glukosa dari sumber lain terutama lemak (glukoneogenesis).

Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah yang cukup akan membuat glukosa dari glikogen (glikogenolisis), hal ini hanya terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Seorang bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen terutama dalam hati selama bulan-bulan terakhir kehidupan dalam lahir. Seorang bayi yang mengalami hipotermia pada saat lahir akan mengalami hipoksia, maka ia akan menggunakan persediaan glikogen dalam jam pertama kelahiran. Inilah sebabnya mengapa sangat penting menjaga semua bayi dalam keadaan hangat. Perhatikan bahwa keseimbangan glukosa tidak sepenuhnya tercapai hingga 3-4 jam pertama pada bayi cukup bulan yang sehat. Jika semua persediaan digunakan pada jam pertaman, maka otak bayi dalam keadaan beresiko. Bayi baru lahir kurang bulan, lewat bulan, dan yang mengalami hambatan

pertumbuhan dalam rahim serta distress janin merupakan resiko utama karena simpanan energy berkurang atau digunakan.

Gejala-gejala hipoglikemia bias tidak jelas dan tidak khas meliputi kejang-kejang halus, sianosis, apnea, menangis lemah, latergi, lunglai, dan menolak makanan. Akibat jangka panjang hipoglikemia adalah kerusakan yang meluas di seluruh sel-sel otak, bidan harus selalu ingat bahwa hipoglikemia dapat tanpa gejala pada awalnya.

f. Sistem Termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecenderungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu didalam uterus minimal rentang maksimal hanya 0,6 derajat C sangat berdeda dengan kondisi diluar uterus.

Tiga factor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi:

- 1) Luasnya permukaan tubuh bayi
- 2) Pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna
- 3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas.

Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggil merupakan usaha utama seorang bayi yang kedinginan untuk mendapatkan kembali panas tubuhnya



pembentukan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat yang terdapat di seluruh tubuh, dan mereka mampu meningkatkan panas tubuh sampai 100% untuk membakar lemak coklat. Seorang bayi menggunakan glukosa untuk mendapatkan energy yang akan mengubah lemak menjadi panas. Lemak coklat tidak dapat di produksi lagi oleh bayi baru lahir dan cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stres dingin. semakin lama usia kehamilan, semakin banyak persediaan lemak coklat bayi jika seorang bayi kedinginan, dia akan mulai mengalami hipoglikemia, hipoksia, dan acidosis. Oleh karena itu, upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu tubuh normal pada neonates, adalah 36,5-37,5°C melalui pengukuran di aksila dan rektu, jika nilainya turun di bawah 36,5°C maka bayi mengalami hipotermia.

Hipotermia dapat terjadi setiap saat apabila suhu di sekeliling bayi rendah dan upaya mempertahankan suhu tubuh tidak di terapkan secara tepat, terutama pada masa stabilisasi yaitu 6-12 jam pertama setelah lahir. Misalkan bayi baru lahir di biarkan basah dan telanjang selama menunggu plasenta lahir meskipun lingkungan di sekitar bayi cukup hangat.

Gejala hipotermia antara lain:

- 1) Sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, letargi, hipotonus, tidak kuat menghisap asi, dan menangis lemah
- 2) Pernapasan megap-megap dan lambat, serta denyut jantung menurun
- 3) Timbul sklerema: kulit mengeras berwarna kemerahan terutama di bagian punggung, tungkai, dan lengan
- 4) Muka bayi berwarna merah terang.

Hipotermia menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus, dan kematian (Damayanti dkk, 2015).

Bila bayi di biarkan dalam suhu kamar  $25^{\circ}\text{C}$  maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi (penguapan) konveksi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit, sedangkan pembentukan panas yang dapat di produksi hanya persepuluh dari jumlah kehilangan panas di atas, dalam waktu bersamaan. Hal ini akan menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak  $2^{\circ}\text{C}$  dalam waktu 15 menit. Keadaan ini sangat berbahaya untuk neonatus terlebih lagi BBLR, bayi dapat mengalami asfeksia karena tidak sanggup mengimbangi penurunan suhu tersebut dengan produksi panas yang di buat sendiri.

Berikut ini merupakan penjelasan lengkap tentang 4 mekanisme kemungkinan hilangnya panas tersebut dari bayi baru lahir:

#### 1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung).

Contohnya hilangnya panas tubuh bayi secara konduksi, ialah menimbang bayi tanpa pengalas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

#### 2) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dari suhu udara). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konveksi, ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin.

#### 3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih jernih (pemindahan panas antar 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contohnya bayi

mengalami kehilangan panas tubuh secara radiasi adalah bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan yang ber AC tanpa diberikan pemanas, bayi baru lahir di biarkan dalam keadaan telanjang.

#### 4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung pada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang di pakai, tingkat kelembapan udara yang melewati.

Akibat dari suhu tubuh yang rendah yaitu metabolisme jaringan akan meningkat dan berakibat lebih mudah terjadi asidosis metabolic berat sehingga kebutuhan oksigen akan meningkat. Selain itu hipotermi yang terjadi pada neonatus dapat menyebabkan hipoglikemia. Apabila neonatus mengalami hipotermi bayi akan mengadakan penyesuaian suhu terutama dengan memproduksi panas total yang bukan berasal dari aktifitas otot. Produksi panas ini dilarutkan dengan cara pembakaran cadangan lemak yang memberikan lebih banyak energy dari pada lemak biasa. Lemak coklat terdapat pada neonatus dalam jumlah besar (sekitar 2-6% BB). Lemak ini terdapat di: Antara scapula, Sekitar otot dan

pembuluh darah leher, Pelipatan lengan atas, Antara mediastinum, dan Sekitar ginjal dan kelenjar adrenal.

Tidak semua neonatus memiliki ketahanan suhu tubuh yang sama, karena hal ini sangat di pengaruhi oleh suhu bayi, umur kehamilan dan berat badan bayi. Untuk mengurangi kehilangan panas tersebut diatas dapat di tanggulangi dengan mengatus suhu lingkungan, membungkus badan bayi dengan kain hangat, di simpat di dalam tempat tidur yang sudah dihangatkan atau di masukan sementara ke dalam inkubatur, mengeringkan bayi secara seksama menyelimuti bayi dengan selimut yang bersih, kering dan hangat, menutup bagian kepala bayi, menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusukan bayinya.

g. Sistem Kelenjar Endokrin

Selama dalam uterus, janin mendapatkan hormone dari ibunya. Pada kehamilan sepuluh minggu kortikotropin telah ditemukan dalam hipofisis janin, hormone ini diperlukan untuk mempertahankan glandula supra renalis janin. Pada neonatus kadang-kadang hormone yang didapatkan dari ibu masih berfungsi, pengaruhnya dapat dilihat mislnya pembesaran kelenjar air susu pada bayi laki-laki ataupun perempuan kadang kadang adanya pengeluaran darah dari vagina yang menyerupai haid pada bayi perempuan.

Kelenjar adrenal pada waktu lahir relative lebih besar bila dibandingkan dengan orang dewasa. Kelenjar thyroid sudah sempurna terbentuk sewaktu lahir dan mulai berfungsi sejak beberapa bulan sebelum lahir.

Adanya penyesuaian pada sistem endokrin adalah :

- 1) Kelenjar thyroid berkembang selama minggu ke 3 dan ke 4
- 2) Sekresi-sekresi thyrokin dimulai pada minggu ke-8 thyrokin maternal adalah bisa memintasi plasenta sehingga fetus yang tidak memproduksi hormone thyroid akan lahir dengan hipothyroidis konginital hormone thyroid akan lahir jika tidak ditangani menyebabkan retardasi mental berat.
- 3) Korteks adrenal dibentuk pada minggu ke-6 dan menghasilkan hormone pada minggu ke-8 dan minggu ke-9.
- 4) Pankreas dibentuk dari foregut pada minggu ke-5 sampai minggu ke-8 dan pulau langgerhans berkembang selama minggu ke-12 serta insulin diproduksi pada minggu ke-20 pada infat dengan ibu DM dapat menghasilkan fetal hyperlikemi yang dapat merangsang hyperinsulinemia dan sel-sel pulau dihyperplasia hal ini menyebabkan ukuran fetus yang berlebih.

5) Hyperinsulinemia dapat memblok maturasi paru sehingga dapat menyebabkan janin dengan resiko tinggi distress pernapasan.

#### h. Keseimbangan Cairan Dan Fungsi Ginjal

Tubuh neonatus mengandung lebih banyak air dan kadar natrium relative lebih besar daripada kalium karena ruang ekstraseluler luas. Pada neonatus fungsi ginjal belum sempurna hal ini karena

- 1) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa.
- 2) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal.
- 3) Aliran darah ginjal (renal blood flow) pada neonatus relative kurang bila dibandingkan dengan orang biasa.

Hingga bayi berumur 3 hari ginjalnya belum dipengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah 5 hari barulah ginjalnya mulai memproses air yang didapatkan setelah lahir.

Bayi baru lahir cukup bulan memiliki beberapa deviasi struktural dan fungsional pada sistem ginjal. Banyak dari kejadian deviasi tersebut akan membaik pada bulan pertama kehidupan dan merupakan satu-satunya masalah untuk bayi baru lahir yang sakit atau mengalami stres. Keterbatasan fungsi ginjal menjadi konsekuensi khusus jika bayi baru lahir memerlukan cairan intravena atau obat-obatan yang meningkatkan kemungkinan

kelebihan cairan. Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intosikasi air. Fungsi tubules tidak matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besardan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urine dengan baik, tercermin dari jenis berat urine (1,004) dan osmolalitas urine yang rendah. Semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan. Bayi baru lahir mngespresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. Normalnya dalam urinetida terdapat protein atau darah, debris sel yang banyak dapat mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal. Bidan harus ingat bahwa adanya masa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik seringkali ginjal dan dapat mencerminkan adanya tumor, pembesaran, atau penyimpangan didalam ginjal.

i. Keseimbangan Asam Basa

Derajat keasaman (pH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobik. Dalam 24 jam neonates telah mengkompensi asidosis (Marmi dkk, 2012).



#### j. Susunan Syaraf

Jika janin pada kehamilan 10 minggu dilahirkan maka dapat dilihat bahwa janin tersebut masih dapat mengadakan gerakan spontan. Gerakan menelan pada janin terjadi pada kehamilan 4 bulan sedangkan gerakan menghisap baru terjadi pada kehamilan 6 bulan. Pada triwulan terakhir hubungan antara saraf dan fungsi otot-otot menjadi lebih sempurna, sehingga janin yang dilahirkan diatas 32 minggu dapat hidup diluar kandungan pada kehamilan 7 bulan maka janin amat sensitive terhadap cahaya.

Sistem neurologis bayi secara anatomik/fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, control obat yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonates terjadi cepat; sewaktu bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya, control kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Reflek bayi baru lahir merupakan indicator penting perkembangan normal (Oktarina dkk, 2015).

#### k. Imunologi

Pada sistem imunologi terdapat beberapa jenis imunoglobulin (suatu protein yang mengandung zat antibodi) diantaranya adalah IgG (immunoglobulin Gamma G). pada neonates hanya

terdapat imunoglobulin gamma g, di bentuk ibunya dalam bulan kedua setelah bayi dilahirkan, Imunoglobulin Gamma G pada janin berasal dari ibunya melalui plasenta.

Pada neonates tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propina illium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Pada bayi baru lahir hanya terdapat Gamma Globulin G, sehingga Imunologi dari ibu dapat melalui plasenta karena bera molekulnya kecil. Apabila terjadi infeksi pada janin yang dapat melalui plasenta seperti: toksoplasmosis, herpes simpleks, dan penyakit virus lainnya, reaksi imunoglobulin dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan antibody Gamma A, G dan Gamma M.Ig. Gamma A telah dapat dibentuk pada kehamilan dua bulan dan baru banyak ditemukan segera sesudah bayi dilahirkan khususnya pada traktus respiratory. Kelenjar liur, pancreas, dan traktus urogenetalis. Immunoglobulin Gamma M ditemukan pada kehamilan 5 bulan, produksi Immunoglobulin Gamma M meningkat segera setelah bayi lahir, sesuai dengan bakteri dalam alat pencernaan.

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

alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2012).

Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

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

Kekebalan alami juga di sediakan pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing, tetapi sel-sel darah ini masih belum matang artinya bayi baru lahir tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Kekebalan yang di dapat akan muncul kemudian. Bayi baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibody keseluruhan terhadap antigen asing masih belum bisa di lakukan sampai awal kehidupannya. Salah satu tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh. Karena adanya defisiensi kekebalan alami yang di dapat ini, bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi bayi baru lahir terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, oleh karena itu pencegahan terhadap mikroba (seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui asi

dini terutama kolostrum) dan deteksi dini infeksi menjadi sangat penting (Saifuddin, 2014).

#### L. Yang perlu diperiksa Pada Bayi Baru Lahir

Pemeiksaan fisis yang dilakukan	Keadaan normal
Lihat postur, tonus dan aktivitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisi tungkai dan lengan fleksi</li> <li>• Bayi sehat akan bergerak aktif.</li> </ul>
Lihat kulit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wajah, bibir dan selaput lendir, dada harus berwarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.</li> </ul>
Hitung pernapasan dan lihat tarikan dinding dada bawah ketika bayi sedang tidak menangis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi napas normal 40-60 kali per menit.</li> <li>• Tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam</li> </ul>
Hitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apekskordis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekwensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit.</li> </ul>
Lakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu normal adalah 36,5-37,5°C</li> </ul>
Lihat dan raba bagian kepala	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam</li> <li>• Ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis.</li> </ul>
Lihat mata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada kotoran/sekret</li> </ul>
Lihat bagian dalam mulut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah.</li> </ul>
Masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nilai kekuatan isap bayi. Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa</li> </ul>
Lihat dan raba perut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perut bayi datar, teraba lemas</li> </ul>

Lihat tali pusat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak ada perdarahan pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat. atau kemerahan sekitar tali pusat</li> </ul>
Lihat punggung dan raba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulang Kulit terlihat utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang</li> </ul>
Pemeriksaan ekstremitas atas dan bawah	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak terdapat sindaktili, polidaktili, siemenline, dan kelainan kaki (pes equino varus dan vagus).</li> </ul>
Lihat lubang anus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus</li> <li>• Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terlihat lubang anus danperiksa apakah mekonium sudah keluar bayi</li> <li>• Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir.</li> </ul>
Lihat dan raba alat kelamin luar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan.</li> <li>• Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis.</li> <li>• Periksa testis di skrotum</li> <li>• Pastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir.</li> <li>• Yakinkan tidak ada kelainan alat kelamin, misalnya hipospadia, rudimenter, kelamin ganda.</li> </ul>
Timbang bayi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbang bayi menggunakan selimut, hasil perimbangan dikurangi berat selimut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dengan Berat lahir 2,5-4 kg</li> <li>• Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu (tidak melebihi 10% dalam waktu 3-7 hari) baru kemudian naik kembali.</li> </ul>
Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panjang lahir normal 48-52 cm</li> </ul>

- 
- Lingkar kepala normal 33-37 cm
- 

Sumber: kemkes, 2010

## **M. Pemantauan TTV BBL**

### a. Pernafasan

- Hitung dg melihat gerakan abdomen/menit
- Hitung selama satu menit penuh
- Untuk BBL stabil, diukur setiap 3-4 jam
- Untuk BBL tidak stabil hitung setiap jam
- Frekuensi normal: 40 – 60 kali/menit
- Perhatikan apakah ada tarikan ddg dada, gerakan cuping hidung, kedalaman nafas
- Bagaimana bunyi nafas ?

Penilaian awal pernafasan saat lahir menjadi evaluasi keberhasilan transisi bayi:

- 1) Pernafasannya nyaman
- 2) Tak ada tachypnea
- 3) Tak ngorok
- 4) Tak ada lekukan dada
- 5) Tak ada cyanosis/pucat

Penilaian pernafasan termasuk parameter berikut :

- Warna kulit: merah muda, kebiruan, pucat, gelap, berbintik, kuning

- Pernafasan: ringan, ngorok, cuping hidung kembang kempis, retraksi
- Suara nafas: jauh, dangkal, stridor, wheezing, melemah, seimbang/tidak seimbang
- Dinding dada: gerakannya simetrik atau tidak
- Apnea/bradycardi: hitungan nafas terendah yang bisa diamati, warna, diukur dengan oximeter dan lama episode
- Sekresi: jumlah (sedikit, sedang, banyak) Warna (putih, kuning, bening, hijau, berdarah) Konsistensi: encer, kental atau mukoid

b. Denyut jantung

- Diukur dg cara auskultasi/2 jari di atas jantung bayi selama satu menit penuh
- Pada BBL stabil dihitung setiap 3-4 jam
- Pada BBL tidak stabil dihitung setiap jam
- Denyut jantung normal: 120-160/menit
- $B1 > 160$  (takikardia): tanda infeksi, hypovolemia, hypertermia, anemia, konsumsi obat ibu
- $B1 < 100$  (Bradikardi): BBI cukup bulan sedang tidur, kekurangan O<sub>2</sub>

Penilaian kardiovaskuler termasuk parameter berikut:

- Prekordium: tenang atau aktif
- Bunyi jantung: jelas, dengan splitting dari S<sub>2</sub>

- Ritme: Normal atau arrhythmia
  - Murmur: jelaskan jika ada
  - Pengisian kembali kapiler: Beberapa detik
  - Denyut perifer: normal, lemah atau tidak
- c. Suhu tubuh
- Diukur melalui aksila, tahan 5 menit
  - Normal: 36,5 – 37 °C
  - BBL dalam incubator diukur setiap jam
  - Hipotermia: BBL sakit atau BBLR, jika berlanjut pertimbangkan sepsis (tanda vital tak stabil, perubahan glukosa dlm darah), dehidrasi, bacteremia, epidural ibu
  - Hipertermia: demam, infeksi, kurang minum
- d. Tekanan darah
- Diukur pd tangan kaki sesuai kondisi bayi
  - Menggunakan mesin dinamik jika ada
  - Normal 60-89/40-50
  - Bisa meningkat saat menangis
  - Akan turun saat tidur

#### **N. Penilaian Bayi Untuk Tanda Kegawatdaruratan**

Semua bayi baru lahir dinilai adanya tanda-tanda kegawatan/kelainan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau tanda-tanda berikut ini:



- 1) Sesak nafas.
- 2) Frekuensi pernapasan 60 kali/menit.
- 3) Gerak retraksi dada.
- 4) Malas minum.
- 5) Panas atau suhu badan bayi rendah.
- 6) Kurang aktif.
- 7) Berat lahir rendah (1.500-2.500 gram) dengan kesulitan minum

Tanda-tanda bayi sakit berat:

Apabila terdapat salah satu atau lebih tanda-tanda berikut ini:

- (1) Sulit minum
- (2) Sianosis sentral (lidah biru).
- (3) Perut kembung
- (4) Periode apneu
- (5) Kejang periode kejang-kejang kecil
- (6) Merintih
- (7) Perdarahan
- (8) Sangat kuning
- (9) Berat badan lahir <1.500 gram

#### **O. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir**

- 1) Pernafasan > 60 x/menit
- 2) Kehangatan > 37,5 °C

- 3) Warna kuning (24 jam I), biru/ pucat, memar
- 4) Pemberian makanan, hisapan lemak, mengantuk dan muntah
- 5) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan/nanah, bau busuk dan berdarah
- 6) Infeksi→ditandai dengan: suhu tinggi, merah, bengkak (nanah, bau busuk, pernafasan sulit)
- 7) Tinja/kemih→dalam waktu 24 jam, tinja lembek dan sering, hijau tua, ada lender ada darah pada tinja.
- 8) Aktifitas→menggigil, tangis, kejang halus, lemas, mengantuk (Sulistyawati, 2010).

#### **P. Kebutuhan Bayi Baru Lahir**

##### **a. Makan dan minum**

Menurut Marmi (2012) berikan ASI sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara penuh) atau berikan sesuai dengan kebutuhan bayi setiap 2-3 jam (paling sedikit 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Seorang bayi menyusu bisa sampai 12-15 kali dalam 24 jam. Pada periode usia 0-6 bulan, kebutuhan gizi bayi baik kualitas maupun kuantitas terpenuhinya dari ASI saja, tanpa harus diberikan makanan maupun minuman lainnya. Karena pemberian makanan lain akan mengganggu produksi ASI dan mengurangi kemampuan bayi untuk menghisap (Umi, 2015).

## b. Eliminasi

### 1) Buang Air Besar

Fases bayi didua hari pertama setelah persalinan berbentuk seperti ter atau aspal lembek. Zat buangan ini berasal dari pencernaan bayi yang dibawa dari kandungan. Setelah itu fases bayi akan bergumpal-gumpal seperti jeli, padat, berbiji atau *seeded* dan bisa juga berupa cairan, fases bayi yang di beri ASI eksklusif biasanya tidak berbentuk bisa seperti pasta atau krem, berbiji dan bisa juga seperti mencret atau mencair. Sedangkan fases yang diberi susu formula berbentuk padat, bergumpal-gumpal atau agak liat dan bulat. Maka dari itu bayi yang di beri susu formula akan susah untuk BAB sedangkan yang diberi ASI tidak (Umi, 2015).

### 2) Buang Air Kecil

Bayi baru lahir cenderung sering BAK 7-10 x/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Bayi mulai memiliki fungsi ginjal yang sempurna selama 2 tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urin dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urin tersebut tidak dikeluarkan selama 12-24 jam. Jika urin pucat, kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urin 15-16 ml/kg/hari. Untuk menjaga

bayi tetap bersih, hangat dan kering, maka setelah BAK harus diganti popoknya minimal 4-5 x/hari.

c. Keamanan

Menurut Dewi (2013) hal-hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekali pun meninggalkan bayi tanpa ada yang mengganggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa teredak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan ditempat tidur (Rimbun, 2016).

**Q. Penyuluhan Sebelum BBL Pulang**

- a. Mengajarkan cara memandikan bayi, perawatan tali pusat, cara meneteki yang benar, perawatan payudara dan imunisasi
- b. Dalam 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan, berikan imunisasi BCG, Polio dan Hepatitis B
- c. Jelaskan tanda – tanda bahaya bayi baru lahir pada orang tua dan anjurkan untuk ke tenaga kesehatan bila menemui tanda bahaya pada bayi baru lahir
- d. Menganjurkan pada orang tua untuk memberikan ASI Eksklusif
- e. Kontrol ulang untuk mengetahui tumbuh kembang bayi.

**R. Kunjungan Bayi Baru Lahir**

Pelayanan kesehatan menurut Kemenkes RI, 2015 adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga

kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Frekuensi jadwal pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus meliputi :

1. Kunjungan neonatus ke - 1 (KN 1) dilakukan kurun waktu 6 - 48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit, dan gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1, hepatitis B, perawatan tali pusat, pencegahan kehilangan panas bayi.
2. Kunjungan neonatus ke - 2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai hari ke 7 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan fisik, penampilan dan perilaku bayi, nutrisi, eliminasi personal hygiene, pola istirahat, keamanan, tanda-tanda bahaya yang terjadi.
3. Kunjungan neonatus ke - 3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan, dan nutrisinya.

#### **S. Standar Asuhan Pada Bayi Baru Lahir**

Asuhan segera bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir selama satu jam pertama selama kelahiran (Sondank, 2013).

a. Perlindungan Termal (Termoregulasi)

Pastikan bayi tersebut tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu, gantilah handuk/kain yang basah dan bungkus bayi tersebut dengan selimut, serta jangan lupa memastikan bahwa kepala telah terlindung dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh pastikan bayi tetap hangat.

b. Pemeliharaan Pernapasan

Mempertahankan terbukanya jalan napas. Sediakan balon pengisap dari karet di tempat tidur bayi untuk menghisap lender atau ASI dari mulut dengan cepat dalam upaya mempertahankan jalan napas yang bersih.

c. Pemotongan Tali Pusat

Pemotongan dan pengikatan tali pusat merupakan pemeriksaan fisik terakhir antara ibu dan bayi. Pemotongan sampai denyut nadi tali pusat berhenti dapat dilakukan pada bayi normal. Tali pusat dijepit dengan kocher atau klem kirakira 3 cm dan sekali lagi 1,5 cm dari pusat. Pemotongan dilakukan antara kedua klem tersebut. Kemudian bayi diletakkan di atas kain bersih atau steril yang hangat.

d. Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata akibat klamida (penyakit menular seks). Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.

Pengobatan yang umumnya dipakai adalah larutan perak nitrat atau Neosporin yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

e. Pemeriksaan Fisik Bayi

1. Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar adanya caput succedaneum, cephal hematoma, kraniotabes.
2. Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi (PUS).
3. Hidung dan Mulut: Pemeriksaan terhadap labioskisis, labiopalastokisis, dan reflex isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
4. Telinga: Pemeriksaan terhadap kelainan daun/bentuk telinga.
5. Leher: Pemeriksaan terhadap hematom sternocleidomastoideus.
4. Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, serta bunyi paru-paru.
5. Jantung: pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
6. Abdomen: pemeriksaan terhadap pembesaran hati, limpa, tumor.
7. Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat.
8. Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung (pada bayi laki-laki),

vagina berlubang apakah labiamayora menutupi labiaminora (pada bayi perempuan)

9. Lain-lain: Mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak, harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus.

f. Perawatan lain-lain

1. Lakukan perawatan tali pusat. Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi kain bersih secara longgar.
2. Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan ke rumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B.
3. Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera. Jika ditemui hal-hal berikut:

Pernapasan : Sulit atau lebih dari 60kali/menit

Warna : Kuning (terutama pada 24 jam pertama) biru atau pucat

Tali pusat : Merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah

Infeksi : Suhu meningkat, merah, bengkak, bau busuk, pernapasan sulit.

Feses/kemih: Tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang.



4. Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi :
  1. Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama.
  2. Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, serta mengganti popok.
  3. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
  4. Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi.

### **2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana**

#### **A. Pengertian Keluarga Berencana**

Program keluarga berencana adalah suatu program yang dimaksudkan untuk membantu para pasangan dan perorangan dalam mencapai tujuan reproduksi mereka, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi insidens kehamilan beresiko tinggi, kesakitan dan kematian membuat pelayanan yang bermutu, terjangkau, diterima dan mudah diperoleh bagi semua orang yang membutuhkan, meningkatkan mutu nasehat, komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan pelayanan meningkatkan partisipasi dan tanggung jawab pria dalam praktek KB (Maharyani dkk, 2010).

Keluarga Berencana (*Family Planning Planted Parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah

dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2011).

Kontrasepsi berasal dari kata "kontra" yang berarti mencegah atau melawan dan "konsepsi" yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah upaya mencegah pertemuan sel telur matang dan sperma untuk mencegah kehamilan (BKKBN, 2011).



Gambar 2.59

Macam-macam jenis kontrasepsi  
 Sumber: [pkbhabriah.blogspot.com](http://pkbhabriah.blogspot.com)

## **B. Jenis Metode kontrasepsi**

Beberapa metode kontrasepsi antara lain:

### **a. Metode Kontrasepsi Non Hormonal**

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

adalah kontrasepsi mengandalkan Air Susu (ASI) secara eksklusif, artinya ASI hanya diberikan kepada bayinya tanpa makanan ataupun minuman tambahan hingga usia 6 bulan..

a) Cara kerja yang Penundaan atau penekanan ovulasi (Affandi, 2012)

b) Ibu yang dapat menggunakan MAL

(1) Ibu menyusui secara penuh (full breast feeding) badan lebih efektif bila pemberian 28x sehari.

(2) Ibu yang belum haid sejak pasca persalinan

(3) Umur bayi kurang dari 6 bulan

(4) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya bila ibu sudah mendapatkan menstruasi

c) Ibu yang tidak memakai MAL:

(1) Sudah mendapatkan haid setelah melahirkan

(2) Tidak menyusui bayinya secara eksklusif.

(3) Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan.

(4) Bekerja dan berpisah dari bayinya lebih dari 6 jam sertatidak memberikan ASI perah (Nina Siti Mulyani, Mega Rinawati, 2013)

## d) cara kerja

menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormone yang berperan adalah prolactin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolactin meningkat dan hormone gonadotropin melepas hormone penghambat (Dewi, 2013).

## e) Efektivitas

menurut World Health Organization (WHO) keefektifan Menu Metode Amenorea Laktasi 98 % bagi Ibu secara eksklusif selama 6 bulan pert (2015). Beberapa catatan dari konsensus untuk mencapai keefektifitasan 98 %

(1)Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh bagi ibu yang menyusui bulan pertama pasca persalinan dan menstruasi setelah melahirkan (hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama)

(2)Perdarahan sebelum 56 hari pasca persalinan dapat diabaikan (belum dianggap haid).

(3)Bayi menghisap secara langsung

(4)Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir.

(5)Kolostrum diberikan kepada bayi

(6)Pola menyusui ondemand (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara.

(7) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari

(8) Hindari jarak menyusui lebih dari 4 jam

(Saifuddin, 2013)

f) Keutungan

(1) Untuk ibu dapat mengurangi resiko perdarahan pasca melahirkan, mengurangi resiko berhubungan psikologi ibu dan bayi, menurunkan resiko terhadap kanker ovarium dan kanker payudara dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan ibu.

(Yanti dkk, 2014) persalinan anemia, dapat meningkatkan

(2) Untuk bayi Mendapat kekebalan pasif (mendapat body perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal terhindar dari keterpaparan berada kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai

(Saifuddin, 2013)

g) Keterbatasan

Terjadi Kegagalan dalam proses menyusui bisa karena adanya anggapan keliru bahwa pemberian ASI akan berpengaruh pada bentuk payudara, ASI yang sebenarnya adaan bisa dimanfaatkan namun digantikan dengan susu formula dengan alasan kesibukan bekerja atau tidak diberi kesempatan untuk menyusui di tempat mereka bekerja dan kemungkinan lain seperti masih longgarnya kebijakan atau

peraturan yang mengatur manfaat ASI bagi ibu menyusui  
(Muryanta, 2012)

## 2) Kondom



Gambar 2.60

Kondom

Sumber: Maryunani, 2016

### a) Pengertian

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, terbentuk silinder, dengan muaranya tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Saifuddin, 2013)

Kondom adalah suatu karet tipis yang dipakai menutupi zakar sebelum dimasukkan ke dalam vagina untuk mencegah terjadinya pembuahan (Maryunani, 2016)

### b) Tipe kondom

(1) Kondom biasa

(2) Kondom berkontur (bergerigi)

(3) Kondom beraroma

(4) Kondom tidak beraroma

(Saifuddin, 2013)

C) Cara kerja kondom

Mencegah sperma/zoa bertemu dengan ovum/sel telur pada waktu senggama karena sperma tertampung dalam kondom (Maryunani, 2016).

d) Keuntungan

Murah, mudah didapat, mudah dipakai sendiri, dapat mencegah penyakit kelamin, efek samping hampir tidak ada (Maryunani, 2016). Efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda (Saifuddin, 2013).

e) Kerugian

Efektivitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah. (Saifuddin, 2013). Mengganggu kenyamanan bersenggama, harus selalu ada persediaan dapat sobek bila tergesa-gesa, efek lecet, karena kurang licin (Maryunani, 2016)

f) Indikasi

- (1) Pria yang ingin berpartisipasi dalam program KB
- (2) Ingin segera mendapatkan kontrasepsi
- (3) Ingin kontrasepsi tambahan (Saifuddin, 2013)
- (4) Pria yang mempunyai riwayat penyakit genetalia.
- (5) Sensitivitas penis terhadap secret vagina
- (6) Ejakulasi premature (Hartanto, 2015)

g) Kontraindikasi

- (1) Pria yang mempunyai pasangan yang berisiko tinggi apabila terjadi kehamilan
  - (2) Alergi terhadap bahan dasar kondom
  - (3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
  - (4) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual.
- (Saifudd, 2013)

h) Efektivitas

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



### 3) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)



Gambar 2.61  
Kontrasepsi AKDR  
Sumber: Maryunani A, 2016

#### a) Pengertian

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/*Intra-Uterine Device* (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). IUD jauh lebih efektif daripada Pil, patch kontrasepsi, dan cincin vagina terutama pada wanita muda (Goldstuck *et al*, 2015).

#### b) Profil

- (1) Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT-380A).
- (2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak.
- (3) Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan.

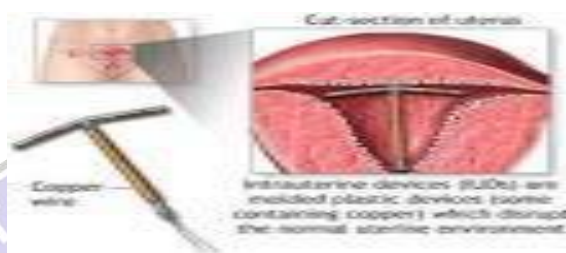
(4) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.

(5) Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada Infeksi Menular Seksual (IMS).

c) Macam-macam jenis IUD

Jenis-jenis IUD yang dipakai di Indonesia diantaranya:

(1) Cooper-T



Gambar 2.62

Cooper- T

Sumber: Imbarwati, 2009

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

(2) Multi load



Gambar 2.63

Multi load

Sumber: Imbarwati, 2009

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

Panjang dari ujung atas ke ujung bawah 3,6 cm. Batang diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm<sup>2</sup> atau 375 mm<sup>2</sup> untuk menambah efektifitas. Ada tiga jenis ukuran multi load yaitu standar, small, dan mini.

### (3)Lippes loop



Gambar 2.64  
Lippes loop  
Sumber: Imbarwati, 2009

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

d) Cara Kerja AKDR

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

e) Efektifitas AKDR

Keefektifitasan IUD adalah: Sangat efektif yaitu 0,5–1 kehamilan per 100 perempuan selama 1 tahun pertama penggunaan (Sujiyantini, 2009)

f) Keuntungan AKDR

- (1) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi Sangat efektif 0,6 - 0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- (2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)

- (3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (5) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- (6) Tidak ada efek samping hormonal dengan CuT AKDR (CuT -380A)
- (7) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- (8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- (9) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- (10) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
- (11) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

g) Kerugian AKDR

- (1) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- (2) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
- (3) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas.
- (4) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik terganggu karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal (Saifuddin, 2010).

h) Kontra indikasi AKDR

- (1) Hamil atau di duga hamil
- (2) Infeksi leher rahim atau rongga panggul, termasuk penderita penyakit kelamin
- (3) Pernah menderita radang rongga panggul
- (4) Penderita perdarahan pervaginam yang abnormal
- (5) Riwayat kehamilan ektopik
- (6) Penderita kanker alat kelamin (Kusumaningrum, 2009).

i) Efek Samping

- (1) dapat menyebabkan infeksi panggul apabila pemasangan tidak tepat.
- (2) dapat terjadi rasa sakit berupa kram perut setelah pemasangan.

j) Pemasangan AKDR

AKDR dapat dipasang dalam keadaan:

- (1) Sewaktu haid sedang berlangsung

Dilakukan pada hari-hari pertama atau pada hari-hari terakhir haid. Keuntungan AKDR pada waktu ini antara lain ialah:

- (a) Pemasangan lebih mudah oleh karena servik pada waktu itu agak terbuka dan lembek
- (b) Rasa nyeri tidak seberapa keras

(c) Perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan

Kemungkinan pemasangan AKDR pada uterus yang sedang hamil tidak ada Kerugian AKDR dipasang pada saat haid sedang berlangsung antara lain:

(a) Infeksi ekspulsi lebih tinggi bila pemasangan dilakuka saat haid

(b) Dilatasi canalis cervical adalah sama pada saat haid maupun pada saat mid-siklus (Hartanto, 2008).

(2) Sewaktu pasca persalinan

Bila pemasangan AKDR tidak dilakukan dalam waktu seminggu setelah bersalin. menurut beberapa sarjana, sebaiknya AKDR ditangguhkan sampai 6-8 minggu postpartum oleh karena jika pemasangan AKDR dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar.

(3) Sewaktu post abortus

Sebaiknya AKDR dipasang segera setelah abortus oleh karena dari segi fisiologis dan psikologis waktu itu adalah paling ideal. Tetapi *septic abortion* merupakan kontraindikasi.

(4) Beberapa hari setelah haid terakhir

Dalam hal yang terakhir ini wanita yang bersangkutan dilarang untuk bersenggama sebelum AKDR dipasang. Sebelum pemasangan AKDR dilakukan, sebaiknya diperlihatkan kepada aseptor bentuk AKDR yang dipasang, dan bagaimana AKDR tersebut terletak dalam uterus setelah terpasang. Dijelaskan bahwa kemungkinan terjadinya efek samping seperti perdarahan, rasa sakit, AKDR keluar sendiri.

**4) Kontrasepsi Mantap**

Suatu metode yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur pada perempuan dan sperma pada laki-laki (Nina dkk, 2013).

**1) Vasektomi**

a) Profil

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

b) Mekanisme kerja

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan



proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi (Saifuddin, 2006).

c) Manfaat kontrasepsi

(1) Sangat efektif

(2) Permanen

(3) Tidak mengganggu hubungan seksual

(4) Baik untuk pasangan jika kehamilan akan menyebabkan resiko kesehatan bagi wanita tersebut

(5) Pembedahan sederhana di bawah anestesi local

(6) Tidak ada efek samping jangka panjang

(7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.

d) Syarat Melakukan vasektomi

(1) Syarat sukarela

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

(2) Syarat bahagia

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

(3) Syarat sehat

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

e) Indikasi

(1) Pria usia reproduktif < 50 tahun

(2) Yang menginginkan metode sangat efektif

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

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

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

f) Kontraindikasi

(1) Infeksi kulit lokal

(2) Infeksi traktus genitalia

(3) Kelainan skrotum dan sekitarnya

(4) Penyakit sistemik: penyakit perdarahan, DM, jantung koroner

(5) Riwayat perkawinan, psikologis atau seksual tidak stabil

## 2) Tubektomi

### a) Pengertian

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

### b) Jenis: Mini laparotomi, Laparoskopi.

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

### d) Waktu dilakukan

(1) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi) pasca persalihan.

(2) Minilap: didalam waktu 2 hari atau 6 minggu atau 12 minggu.

(3) Laparoskopi: tidak tepat untuk klien-klien pasca persalihan.

### (4) Pasca keguguran

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

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

e) Keuntungan

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

f) Efektivitas

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

**b. Metode Kontrasepsi Hormonal**

**1) Suntikan Kombinasi**



Gambar 2. 65  
Suntikan kombinasi  
Sumber:www.babylonish.com

## a) Pengertian

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

## b) Cara Kerja:

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

## c) Keuntungan

- (1) Sangat efektif
- (2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri
- (4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah

- (5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
  - (6) Sedikit efek samping
  - (7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
  - (8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
  - (9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
  - (10) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
  - (11) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul
  - (12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).
- d) Yang Dapat Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin
- (1) Usia reproduksi
  - (2) Nulipara dan telah memiliki anak
  - (3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
  - (4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
  - (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
  - (6) Setelah abortus atau keguguran
  - (7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
  - (8) Perokok
  - (9) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit

- (10) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin)
- (11) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen
- (12) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
- (13) Anemia defisiensi besi
- (14) Mendekati usia menopause yang tidak mau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

e) Yang Tidak Boleh Menggunakan Suntikan Kombinasi

- (1) Hamil atau diduga hamil.
- (2) Menyusui di bawah 6 minggu pascapersalinan.
- (3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (4) Penyakit hati akut (virus hepatitis).
- (5) Usia > 35 tahun yang merokok.
- (6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg).
- (7) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun.
- (8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.
- (9) Keganasan pada payudara (Saifuddin dkk, 2010).

## 2) Suntikan progestin



Gambar 2.66  
Depo progestin

Sumber :<https://seputarpenelitian.blogspot.com>

### a) Pengertian

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

### b) Jenis

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



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

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

c) Cara Kerja

(1)Mencegah ovulasi.

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

(3)Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.

(4)Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Saifuddin dkk, 2010).

**3) Mini Pil**



Gambar 2.67

Pil mini

Sumber: [www.glenirismg.com](http://www.glenirismg.com)

## a) Pengertian

Kontrasepsi pil progestin (mini pil) adalah metode kontrasepsi yang mengandung hormone steroid (progesterone sintetis saja) yang dipergunakan per oral (Hidayati, 2009).

## b) Profil

(1) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB.

(2) Sangat efektif pada masa laktasi.

(3) Dosis rendah

## c) Jenis Minipil

(1) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron.

(2) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 µg desogestrel.

## d) Cara Kerja Minipil

(1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat).

(2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.

(3) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.

(4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

e) Yang Tidak Boleh Menggunakan Minipil

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

**4) Implant**



Gambar 2.68  
Implant

Sumber: Afaajah.wordpress.com

a) Pengertian

Implant adalah alat kontrasepsi yang disusupkan di bawah kulit lengan atas sebelah dalam, berbentuk kapsul silastik

(lentur), panjangnya sedikit lebih pendek dari korek api (Handayani, 2010).

b) Jenis-jenis implant

(1)Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm yang berisi 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.

(2)Implanon

Terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang berisi 68 mg 3 Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

(3)Jadena dan Indoplant

Terdiri dari 2 batang yang berisi 75 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

c) Mekanisme kerja

Lendir servik menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transformasi sperma, dan menekan ovulasi (Dewi, 2013).

d) Indikasi

Usia reproduksi, menghendaki kontrasepsi jangka panjang, ibu menyusui, pasca keguguran/abortus, tidak menginginkan anak lagi tetapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi

mantap (vasektomi/tubektomi), wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen, sering lupa mengkonsumsi pil (Kumalasari, 2015).

e) Kontraindikasi

Hamil atau di duga hamil, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak menerima perubahan pola haid yang terjadi, mioma uterus dan kanker payudara, gangguan toleransi glukosa (Dewi, 2013).

f) Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun), pengembalian kesuburan yang cepat, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat, mengurangi jumlah darah menstruasi, mengurangi atau memperbaiki anemia (Kumalasari, 2015).

g) Kerugian

Gangguan menstruasi, berat badan bertambah, liang senggama terasa kering, menimbulkan jerawat dan keregangan payudara (Purwaningsih dkk, 2010).

h) Efek samping.

Amenore, perdarahan bercak/spotting ringan, ekspulsi, infeksi pada daerah insersi, berat badan naik/turun (Dewi, 2013).

## **2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN**

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

#### **1. Pengkajian Data Kesehatan Ibu Hamil**

##### **A. Data Subyektif**

Menurut Nursalam (2008) data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai pendapat terhadap situasi data kejadian.

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

Mengidentifikasi Informasi Klien seperti :

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

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

##### **b) Umur**

Usia untuk menetapkan risiko tinggi apabila kurang dari 19 tahun sudah hamil atau lebih dari 35 tahun ketika hamil pertama (Manuaba dkk, 2009).

c) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah terutama jika berhubungan dengan usia yang muda, berhubungan erat dengan perawatan prenatal yang tidak adekuat (Walsh, 2012).

d) Pekerjaan

Pekerjaan rutin (pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010).

e) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas sehingga kelangsungan kehamilan dapat menimbulkan berbagai masalah kebidanan (Manuaba, 2010).

f) Alamat

Alamat rumah klien perlu diketahui bidan untuk lebih memudahkan saat pertolongan persalinan dan untuk mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan (Walyani, Elisabet, 2015).

2) Keluhan utama

Keluhan yang menyebabkan ibu memeriksakan diri biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan. Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan kehamilannya karena ingin mengetahui tentang terjadinya kehamilan; ingin menggugurkan kehamilan karena alasan

khusus; terjadinya penyulit kehamilan muda yang dapat meliputi gangguan muntah berlebihan, terjadi perdarahan, atau sakit pada perut; keluhan kehamilan tua yang mungkin disertai perdarahan, mengeluarkan air ketuban, gerak anak berkurang atau hiperaktif, terlambat melahirkan, atau ingin melahirkan karena perut mulai sakit (Manuaba dkk, 2009).

Ibu yang memeriksakan diri berkaitan dengan terdapat infeksi yang menyertai kehamilan kemungkinan terjadi gangguan pada genito-urinaria, terdapat keluhan leukorea, atau badan panas (Manuaba dkk, 2009).

### 3) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dan sifat darah (cair atau ada gumpalan) disminorhoe atau tidak dan haid terakhir (Manuaba, 2009).

Menurut Mochtar (2012), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegele:

$$\text{TTP} = (\text{hari HT}+7) \text{ dan } (\text{bulan HT}-3) \text{ dan } (\text{tahun HT}+1)$$

untuk siklus 28 hari +x hari

Menurut Sunarti (2013) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terakhir 2 Februari,



caranya, tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama.

#### 4) Riwayat obstetri

Jumlah dan hasil akhir dari semua kehamilan dan komplikasinya, termasuk infeksi dan perdarahan harus diperoleh. Perawatan harus diberikan untuk meyakinkan bahwa faktor resiko seperti berat badan lahir rendah, lahir premature dan melahirkan sebelum waktunya dapat teridentifikasi (Walsh, 2012).

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim. Dapat disimpulkan bahwa kehamilan mempunyai resiko tinggi, sehingga perlu dikirim ke rumah sakit (Manuaba, 2010).

Informasi esensial tentang persalinan yaitu mengenai usia gestasi, tipe persalinan (spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah sesar), penolong persalinan, lama persalinan (lebih baik dihitung dari kontraksi pertama) berat lahir, jenis kelamin dan komplikasi lain (Marmi, 2011).

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu dengan riwayat infeksi uterin, rasa nyeri yang berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Adanya

bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010).

5) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang menurut Nurhidayah (2014):

- a) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan. Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir Nursalam 2004 dalam Nurhidayah (2014).
- b) Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III. Untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda (Nurhidayah, 2014).
- c) Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada umur kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak (Estiwidani, 2008). *Quickening* atau *feeling life* (persepsi gerakan janin pertama) biasanya dirasakan pada umur kehamilan 18 minggu (primigravida) atau 16 minggu (multigravida) (Pantikawati dkk, 2010).
- d) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan
- e) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu.

f) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikosisnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu (Retna, 2008).

#### 6) Riwayat KB

Menurut Saifuddin (2012) kontrasepsi pasca salin yang tidak berpengaruh terhadap produksi ASI yaitu MAL (Metode Amenore Laktasi), senggama terputus, kondom, kontrasepsi pil progestin (minipil), implant, dan AKDR (IUD). Pada umumnya klien pasca salin ingin menunda kehamilan berikutnya paling sedikit 2 tahun. Konseling tentang keluarga berencana atau metode kontrasepsi sebaiknya diberikan sewaktu asuhan antenatal maupun pasca salin (Saifuddin, 2012).

#### 7) Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan sekarang merupakan data yang berisi keluhan ibu sekarang saat pengkajian dilakukan, riwayat kesehatan yang lalu dikaji untuk mengetahui apakah ibu mempunyai riwayat penyakit seperti jantung, asma, hipertensi, ginjal dan diabetes melitus (Manuaba, 2008).

## 8) Pola Kebiasaan Sehari-hari

### a) Nutrisi

Nutrisi merupakan perhatian utama dalam perawatan prenatal. Wanita memerlukan aspek-aspek kebutuhan nutrisi seperti jumlah kalori, protein, zat besi, asam folat, dan vitamin C (Varney *et al*, 2009). Nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat kehamilan:

#### (1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2.500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil (Saifuddin, 2010).

#### (2) Protein

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

#### (3) Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama

bagi pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu (Saifuddin, 2010).

#### (4)Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Tiap tablet mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500  $\mu\text{g}$ , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin di dalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Sumber zat besi terdapat dalam sayuran hijau, daging yang berwarna merah dan kacang-kacangan. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

#### (5)Asam folat

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

#### b) Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAK dan BAB dalam sehari, adakah kaitannya dengan obstipasi atau tidak (Nurhidayah, 2014).

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. 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 progesterone. Konstipasi juga dapat terjadi sebagai akibat efek samping penggunaan zat besi, hal ini akan memperberat masalah pada wanita hamil (Marmi, 2011).

c) Istirahat

Istirahat yang dibutuhkan  $\pm$  6-8 jam/hari, termasuk tidur siang dan malam. Posisi yang baik adalah ibu tidur melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyilang di atas yang lainnya dan dengan bantal diapit di antara kedua kaki (Manuaba, 2010).

d) Aktivitas

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu (Manuaba, 2010). Ibu hamil jangan mengerjakan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan (Saifuddin, 2009).

Kontraindikasi senam hamil yaitu ibu yang memiliki riwayat keguguran berulang, kehamilan dengan perdarahan dan kehamilan dengan bekas operasi, persalinan belum cukup bulan, pada kasus infertilitas, usia saat hamil relatif tua (primi tua). Selain itu, ibu yang kondisinya tidak cukup sehat menurut dokter atau bidan tidak diperbolehkan mengikuti senam hamil (Manuaba, 2010).

Menurut Manuaba (2010), ada beberapa penggerakan yang dilarang atau dicegah, diantaranya adalah bekerja berat,

mudah menimbulkan kelelahan yang akan mengurangi kesehatan wanita yang memang sudah menurun karena adanya kehamilan, melonjak, meloncat atau mencapai benda tinggi harus dicegah pula, serta bepergian jauh dengan kendaraan yang banyak bergerak.

e) Personal Hygiene

Menurut Mochtar (2012), mandi diperlukan untuk kebersihan diri, terutama untuk perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Pakaian yang harus digunakan ibu hamil harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut. Dianjurkan memakai bra yang menyokong payudara. Payudara dipersiapkan untuk memberikan ASI, terutama bagi ibu hamil pertama harus diperhatikan karena biasanya puting susu masih tenggelam, sehingga dapat mengalami kesulitan saat laktasi. Harus dilakukan perawatan payudara dengan cara membersihkan 2 kali sehari selama kehamilan. Apabila puting susu masih tenggelam dilakukan pengurutan pada daerah areola mengarah menjauhi puting susu untuk menonjolkan puting susu.

f) Hubungan seksual

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



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

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

g) Pola kebiasaan

(1)Merokok

Merokok selama kehamilan berkaitan dengan keguguran, perdarahan vagina, kelainan prematur, dan BBLR (2.500 gram lebih ringan dari bayi yang tidak merokok). Jika usia ibu di atas 35 tahun ada juga kenaikan berarti dalam resiko bayi menderita malformasi minor dan BBLR, dengan segala bahaya yang menyertainya, sebanyak 5 kali lipat dari perokok muda (Romauli, 2011).

(2)Alkohol

Alkohol adalah teratogen, dan sindrom alkohol janin *Fetal alcohol syndroma* (FAS), digunakan untuk menggambarkan malformasi kongenital yang berhubungan

dengan asupan alkohol yang berlebihan selama hamil (Fraseret al, 2009).

(3)Obat terlarang

Penggunaan obat seperti heroin, kemudian metadon, kanabis, kokain, dan amfetamin bila digunakan secara berlebihan pada kehamilan berkaitan dengan keguguran, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, lahir mati, dan abnormalitas (Fraseret al, 2009).

1) Riwayat Psikososial dan Budaya.

Dikaji perkawinan ibu apakah menikah atau tidak menikah, berapa kali menikah, atau lamanya menikah, dan setelah berapa tahun baru hamil. Catatan: perkawinan lebih dari lima tahun baru hamil termasuk dalam risiko tinggi (Manuaba dkk, 2009).

**B. Data Objektif**

1) Pemeriksaan umum

a) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan ibu dan tingkat kesadaran pasien, sedang atau baik (Nursalam, 2008).

b) Kesadaran

Untuk mengetahui tingkat kesadaran ibu apakah composmentis (kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan), somnolen (kesadaran yang mau tidur saja, dapat dibangunkan dengan

rangsangan nyeri, tetapi jatuh tidur lagi), koma (tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun, reflek pupil terhadap cahaya tidak ada (Nursalam, 2008).

c) Tanda-tanda vital

(1)Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5<sup>0</sup>C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5<sup>0</sup>C perlu diwaspadai adanya infeksi (Roumauli, 2011 ).

(2)Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan pada kehamilan lanjut seperti volume tidal, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan (Saifuddin, 2009).

(3)Nadi, denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 x/menit. Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi >100 x/menit (Marmi, 2011).

(4)Tekanan darah pada kehamilan normal sedikit menurun sejak minggu ke-8. Kondisi ini menetap sepanjang trimester II dan kembali ke tekanan darah sebelum hamil. Seluruh TD pada wanita hamil harus diukur pada posisi duduk. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistol

>120 mmHg ia berisiko mengalami preeklamsia (Marmi, 2011).

d) Pemeriksaan antropometri

(1)Tinggi Badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah  $\geq 145$  cm (Marmi, 2014). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romauli, 2011).

(2)Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2010).

Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu (Fraser et al, 2009).

Menurut Saifuddin (2010) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks massa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel:

Tabel 2.16  
Rekomendasi Penambahan Berat Badan Berdasarkan  
Indeks Massa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	> 29	$\geq 7$
Gemelli		16-20,5

Sumber : (Saifuddin. 2010)

Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sementara pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing sebesar 0,5 kg dan 0,3 kg (Saifuddin, 2010). Kenaikan berat badan > 0,57 kg/minggu merupakan faktor risiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu < 0,34 kg/minggu, menurunkan risiko hipertensi tetapi menaikkan risiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2010).

### (3) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah Kurang Energi

Kronis (KEK) (Jannah, 2012). Selain itu merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko untuk melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR). Dengan demikian bila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah dan kualitas makanannya (Romauli, 2011).

## 2) Pemeriksaan fisik

### a) Kepala

Untuk mengetahui kebersihan rambut, rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011).

#### (1)Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010).

#### (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 preeklamsia (Romauli, 2011).

### (3)Mulut

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies gigi atau keropos menandakan ibu kekurangan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

### (4)Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

### b) 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 hormone ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat, produksi peotide pada janin, plasma dan ibu (Saifuddin, 2009). Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil karenabanyak gejala hipotiroidisme seperti keletihan,

penambahan berat badan dan kostipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan (Marmi, 2011).

c) Dada

Bentuk dada, pemeriksaan paru harus mencakup observasi sesak nafas, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan yang tidak teratur, mengi, batuk, dispne, penurunan bunyi nafas (Marmi, 2011).

d) Abdomen

Ada bekas opeerasi atau tidak, ada striae atau tidak, ada linea nigra atau ada linea alba atau tidak. Gerakan menendang atau tendangan janin yang normal adalah 10 gerakan dalam 12 jam (Saifuddin, 2010). Menurut (Fatimah, Nuryaningsih, 2017) yaitu: (1) Luka bekas operasi, (2) Tinggi Fundus Uteri (Jika >12 minggu), (3) Letak, presentasi, posisi dan penurunan kepala (>36 minggu), (4) DJJ (jika >18 Minggu). Didalamnya pemeriksaan khusus yang harus dilakukan seorang bidan diantaranya:

(1)Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Menurut Mc. Donald pemeriksaan TFU dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol pita pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita secara longitudinal sepanjang



aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan TFU (Manuaba, 2010).

Tabel 2.17  
Perkiraan usia kehamilan dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan petunjuk-petunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
28 minggu	28 cm ( $\pm 2$ cm)	Ditengah antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
36 minggu	36 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber: Saifudin, 2014

## (2)Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012) cara untuk menentukan tuanya kehamilan antara lain:

- (a)Dihitung dari hari peertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.

- (b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali "*feeling life*" (quickening)
- (c) Menurut Mc.Donald adalah modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan.
- (d) Menurut Manuaba (2010) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III.

Tabel 2.18  
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

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

Sumber: Manuaba dkk, 2010

- (e) Menurut Manuaba (2010), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu

1. mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu;
2. memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36;

3. mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin;
4. mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban.

### (3)Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin dianggap penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut mochtar (2012) menurut rumusnya Johnson tausak adalah  $(\text{tinggi fundus dalam cm} - n) \times 155 = \text{berat badan (g)}$ . Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka  $n=12$ , dan bila kepala di bawah spina iskiadika maka  $n=11$ . Tafsiran Berat Janin sesuai usia kehamilan trimester III menurut Manuaba (2010) .

Tabel 2.19

Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

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

Sumber: Manuaba dkk, 2010

#### (4) Pemeriksaan Leopold

##### (a) Leopold I



Gambar 2.69  
Leopold I

Sumber: Fatimah, Nuryaningsih, 2017

**Tujuan:** untuk menentukan tinggi fundus uteri (usia kehamilan) dan bagian janin yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu).

**Teknik:**

- Memposisikan ibu dengan lutut fleksi (kaki ditekuk 45° atau lutut bagian dalam diganjal bantal) dan pemeriksa menghadap ke arah ibu
- Menengahkan uterus dengan menggunakan kedua tangan dari arah samping umbilical.
- Kedua tangan meraba fundus kemudian menentukan TFU.
- Meraba bagian Fundus dengan menggunakan ujung kedua tangan, tentukan bagian janin.

**Hasil:**

- Apabila kepala janin teraba di bagian fundus, yang akan teraba adalah keras, bundar dan melenting (seperti mudah digerakkan)
- Apabila bokong janin teraba di bagian fundus, yang akan terasa adalah lunak, kurang bundar, dan kurang melenting
- Apabila posisi janin melintang pada rahim, maka pada fundus teraba kosong.

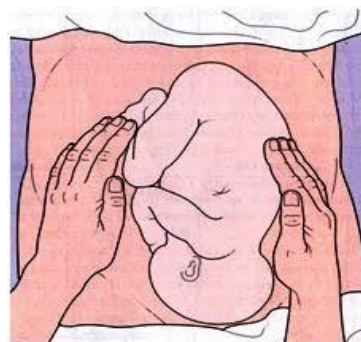
(Fatimah, Nuryaningsih, 2017)

Tabel 2.20  
TFU berdasarkan leopold pada trimester III

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

Sumber: Jannah, 2017

(b)Leopold II



Gambar 2.70  
Leopold II

Sumber: Fatimah, Nuryaningsih, 2017

**Tujuan :** Untuk menentukan dimana punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil.

**Teknik:**

- Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu
- Meletakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu secara sejajar dan pada ketinggian yang sama
- Mulai dari bagian atas tekan secara bergantian atau bersamaan (simultan) telapak tangan tangan kiri dan kanan kemudian geser ke arah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memanjang (punggung) atau bagian-bagian kecil (ekstremitas).

**Hasil:**

Bagian punggung: akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan.

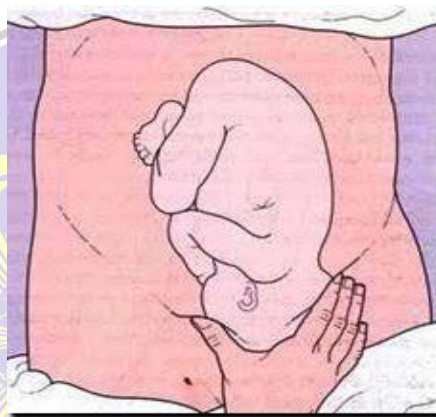
Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki): akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif.

(Fatimah, Nuryaningsih, 2017)

Variasi Buddin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012).

(c) Leopold III



Gambar 2.71

Leopold III

Sumber: Fatimah, Nuryaningsih, 2017

**Tujuan:** untuk menentukan bagian janin apa (kepala atau bokong) yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta apakah bagian janin tersebut sudah memasuki pintu atas panggul (PAP).

**Teknik:**

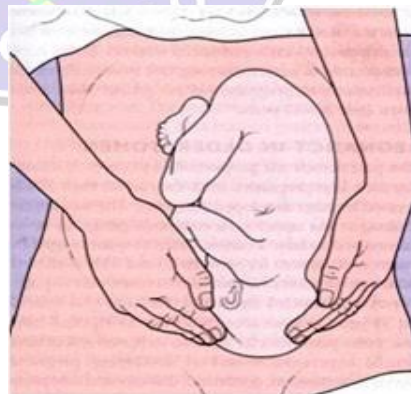
- Posisi ibu masih dengan lutut fleksi (kaki ditekuk) dan pemeriksa menghadap ibu

- Meletakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan bawah perut ibu
- Menekan secara lembut dan bersamaan/bergantian untuk mentukan bagian terbawah bayi
- Gunakan tangan kanan dengan ibu jari dan keempat jari lainnya kemudian goyang bagian terbawah janin.

**Hasil:** Bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong Apabila bagian terbawah janin sudah memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang, sudah tidak bias (seperti ada tahanan).

(Fatimah, Nuryaningsih. 2017).

(d) Leopold IV



Gambar 2.72  
Leopold IV

Sumber: Fatimah, Nuryaningsih, 2017



**Tujuan:** untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah memasuki pintu atas panggul.

**Teknik:**

- Periksa menghadap ke arah kaki ibu, dengan posisi kaki ibu lurus
- Meletakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis
- Menemukan kedua ibu jari kiri dan kanan kemudian rapatkan semua jari-jari tangan yang meraba dinding bawah uterus.
- Perhatikan sudut yang terbentuk oleh jari-jari: bertemu (konvergen) atau tidak bertemu (divergen)
- Setelah itu memindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala upayakan memegang bagian kepala di dekat leher dan bila presentasi bokong upayakan untuk memegang pinggang bayi).

- Memfiksasi bagian tersebut ke arah pintu atas panggul kemudian meletakkan jari-jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.

**Hasil:**

- Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP).
- Penurunan kepala dinilai dengan: 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, kepala belum masuk PAP), 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala yang sudah masuk 4 bagian), dan seterusnya sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP). (Fatimah, Nuryaningsih. 2017)

Tabel 2.21  
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala di atas PAP, mudah digerakkan
4/5	H <sub>I-II</sub>	Sulit digerakkan, bagian terbesar

		kepala belum masuk panggul
3/5	H <sub>II-III</sub>	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H <sub>III</sub> <sup>+</sup>	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H <sub>III-IV</sub>	Kepala di dasar panggul
0/5	H <sub>IV</sub>	Di perineum

Sumber: Saifuddin, 2014

#### (5) Osborn test

*Osborn test* dilakukan untuk mengetahui seberapa jauh kepala janin masuk panggul. Prosedur pemeriksaan tes osborn ini adalah sebagai berikut:

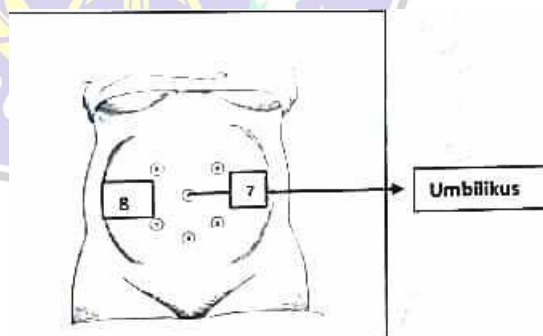
- (a) Pegang kepala janin dan upayakan untuk masuk PAP
- (b) Jika tidak dapat masuk karena masih tinggi, harus diukur dengan jari untuk mengetahui seberapa tingginya dari simfisis pubis.
- (c) Jika tingginya sekitar 3 jari diatas simfisis Tu lebih dari

*Osborn test* + (kepala janin belum masuk PAP = kemungkinan ada *Cephalopelvic Disporpotion*)  
(Ginarti, 2012).

#### (6) Pemeriksaan denyut jantung janin

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan stetoskop laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan USG (Ultrasonografi), dan dengan fetal Doppler

sekitar minggu ke 12 kehamilan. Dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, bising usus). Bunyi jantung anak baru dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan ultrasound (dopton) sudah didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini di kiri atau kanan bawah pusat (Marmi, 2011). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140 x/menit (Romauli, 2011).



Gambar 2.73  
Letak Punctum Maksimum  
Sumber: Wheeler, 2007

**Keterangan :**

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

## e) Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labium mayus, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar Bartholini (Manuaba, 2010). Pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi, eritema, perubahan

warna, pembengkakan, ekskoriiasi dan memar. Bila ada lesi kemungkinan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014).

f) Anus

Ibu hamil sangat rentan menderita hemoroid karena meningkatnya kadar hormone 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 hemoroid dibagi 4 yaitu:

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

Derajat 2 : benjolan besar, kita masukkan dan tidak keluar.

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

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

g) Ekstremitas

Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan dan disertai proteiuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklamsia (Marmi, 2014). Bila tungkai

bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklamsia (Romauli, 2011).

### 3) Pemeriksaan Penunjang

#### a) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan ini meliputi haemoglobin, hitung trombosit, hematokrit, golongan darah, rhesus, waktu perdarahan, waktu pembekuan, glukosa darah (sewaktu), ureum, kreatin, SGOT, SGPT, HbsAG, dan urin lengkap. Fungsi pemeriksaan darah ini adalah untuk mengetahui ada tidaknya infeksi, dan sebagai data untuk membantu kelancaran persalinan. Dengan adanya tes ini dapat diketahui apakah ibu hamil berisiko perdarahan atau tidak dengan melihat waktu pembekuan darah (Sinsin, 2008).

Tabel 2.22  
Tes Laboratorium

Tes Lab	Nilai Normal	Nilai Tidak Normal	Diagnosis/Masalah yang Terkait
Hgb. Hemoglobin	10,5-14,0	<10,5	Anemia
Protein urin Dipstick Merebus	Terlacak /Negatif Bening/ Negatif	>atau +2+ Keruh (Positif)	Protein urin (Mungkin ada Infeksi (PIH) HPHT
glukosa dalam urin Benedict's			Diabetes
VDRL/RPR test pemeriksaan syphilis	Negatif	Positif	syphilis

pertama			
Faktor Rhesus	RH+	RH-	RRH Sensitization
Gol.Darah	A B O AB	-	Ketidakcocokan ABO
HIV		+	AIDS
Rubella	Positif	Negatif	Anomali pada janin jika ibu mengalami Infeksi
Tinja untuk (Ova/telur Cacing 0 dan parasit)	Negatif	Positif	Anemia akibat cacing (Cacing tambang)

Sumber: Fatimah, Nuryaningsih. 2017

#### b) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam adalah suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini.

Periksa dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksa dalam dilakukan untuk mendiagnosis kehamilan. Jadi akan dilakukan pada ibu hamil yang pertama kali datang ke bidan atau dokter. Selanjutnya, pemeriksaan dalam akan dilakukan secara efektif menjelang persalinan. Periksa dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan leher rahim, pembukaan leher rahim, pembukaan leher rahim, keadaan ketuban, dan posisi kepala janin serta ukuran panggul (Sinsin, 2008).



Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun kehamilan tua. Pemeriksaan ini untuk mengetahui tanda hegar, tanda chadwick, dan tanda piskacek pada kehamilan muda yang ditunjukkan dengan adanya kontraksi braxton hicks, teraba ballotement, dan pembukaan serviks.

Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap:

- (1) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
- (2) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
- (3) Bagian terendah janin yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.
- (4) Perabaan forniks yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas (Manuaba dkk, 2009).

c) Pemeriksaan Panggul luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah

jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudeologue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2008).

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

(1)Distansia spinarum (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina iliaka anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2008).

(2)Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaka sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologi panggul (Yulaikhah, 2008).

(3)Konjugata eksterna (*boudeologue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2008).

(4)Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischii kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. untuk mengukurnya dipakai *oscander*. Angka yang ditunjuk jangkaharus ditambah 1,5 cm karena adanya jaringan subkutis antara tulang dan ujung jangka. Jika jarak ini kurang dari normal, dengan sendirinya arkus pubis lebih kecil dari 90° (Yulaikhah, 2008).

d) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yaitu untuk menentukan taksiran partus dan menentukan apakah terjadi gestasi multiple. Selain untuk menentukan taksiran persalinan, pemeriksaan yang dilakukan pada minggu ke-14 dan ke-16 mengungkapkan hampir seluruh kehamilan kembar dan pemeriksaan pada minggu ke-18 sampai ke-20 memberi informasi tentang kelainan struktur pada bayi (Wheeler, 2008).

e) Pemeriksaan Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan kartu Skor Poedji Rochyati . Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Kemenkes RI, 2014).

### C.Diagnosa kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat (Mekes RI, 2008).

**Diagnosa:** G1/>1 PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi

punggung kiri/kanan, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010 ). Dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hemmoroid, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri pinggang, varises, panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*), dan kecemasan menghadapi persalinan.

#### D. Perencanaan

a. Diagnosa kebidanan:  $G_{1/}>1$  P<sub>APIAH</sub>, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2010).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampaimelahirkan.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Kesadaran composmentis.
- 3) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5–37,5°C, RR:16-24 x/menit).
- 4) Pemeriksaan laboratorium.
- 5) Hb  $\geq$ 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).
- 6) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- 7) TFU sesuai dengan usia kehamilan.

## 8) Situs bujur dan presentasi kepala.

## Intervensi:

## 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengantindakan 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, 2014).

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.

**Masalah 1:** Edema Dependen

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

Kriteria ★ :Setelah tidur/istirahat edema berkurang.

Intervensi menurut Morgan et al (2009) :

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

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

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

- 3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.  
R/ Meringankan tekanan pada vena dalam panggul.
- 4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.  
R/ Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.
- 5) Anjurkan pada ibu menggunakan stoking elastik. Kenakan sebelum bangun dari tempat tidur  
R/ Karena penggunaan stoking elastik dapat membantu aliran balik vena.
- 6) Hindari konsumsi natrium berlebihan dalam diet  
R/ Karena dengan mengurangi konsumsi natrium diharapkan oedema tidak semakin parah.

**Masalah 2:** Nokturia

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

Kriteria : 1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari  
2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Intervensi menurut marmi (2014) :

- 1) Jelaskan penyebab terjadinya sering nokturia  
R/ Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.
- 2) Anjurkan segera mengkosongkan kandung kemih saat terasa ingin berkemih.

R/ Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

3) Anjurkan ibu untuk memperbanyak minum pada siang hari.

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

4) Anjurkan ibu untuk mengurangi cairan setelah makan sore.

R/ Ketika mengurangi cairan setelah makan sore sehingga asupannya selama sisa hari tersebut tidak akan memperberat masalah.

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

R/ Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

6) Anjurkan ibu untuk posisi miring saat tidur dengan kedua kaki ditinggikan (khususnya malam hari)

R/ Posisi miring dengan kedua kaki ditinggikan untuk meningkatkan diuresis

**Masalah 3** :Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesterone

Tujuan :Tidak terjadi konstipasi

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

Intervensi menurut Varney *et al* (2008) :

1) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

R/ Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.



2) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras.

3) Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R/ Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

4) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

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

#### **Masalah 4: Hemoroid**

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

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

2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009):

1) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

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

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

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

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

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

4) Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

5) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

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

6) Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R/ Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

7) Anjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan daerah anus

R/ Dengan menjaga kebersihan daerah anus diharapkan dapat terhindar dari infeksi.

#### **Masalah 5:** Kram pada kaki

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

Kriteria : 1)Kram pada kaki berkurang.

2)Ibu mampu mengatasi bilakram tungkai

Intervensi menurut Benson *et al* (2013):

1) Jelaskan penyebab kram kaki

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

2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

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

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

R/ Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

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

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

R/ Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R/ Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

7) Anjurkan ibu untuk tidak melipat kakinya saat duduk

R/ Dengan tidak melipat kaki saat duduk diharapkan aliran darah ke kaki tidak terhambat.

**Masalah 6** :Sesak nafas

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

Kriteria : 1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit  
2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi Menurut Varneyet al (2008) :

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

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

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

R/ Menghindari penekanan diafragma.

3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R/ Merelaksasi otot-otot.

4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

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

5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R/ Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

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

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas.

Kriteria : 1) Pusing berkurang  
2) Kesadaran composmetis  
3) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

Intervensi menurut Varney *et al* (2008):

1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R/ Ibu mengerti penyebab pusing karena hipotensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R/ Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

3) Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R/ Kekurangan O<sub>2</sub> karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

4) Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.

R/ Sirkulasi O<sub>2</sub> ke otak lancar.

**Masalah 8** : Nyeri punggung bawah

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

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Morgan *et al* (2009):

1) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun.

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

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

2) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

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

3) Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum.

4) Gunakan sepatu tumit rendah.

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

5) Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai penganjal.

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

6) Berikan kompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri

R/ Dengan mengompres hangat dan pijatan ringan pada punggung yang nyeri diharapkan dapat melemaskan otot-otot yang tegang.

**Masalah 9** : Varices

Tujuan : Tidak terjadi varises atau varises tidak bertambah parah

Kriteria : Tidak terdapat varises

Intervensi menurut Benson et al (2013):

1) Kenakan kaos kaki penyokong.

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

2) Hindari mengenakan pakaian ketat.

R/ Pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena.

3) Hindari berdiri lama dan tidak menyilang saat duduk.

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

4) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur.

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

5) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset.

R/ Penggunaa korset dapat mengurangi tekanan pada vena panggul.

6) Perbanyak konsumsi sayuran dan buah berserat tinggi dan makanan yang dapat merangsang sirkulasi darah

R/ Dengan mengkonsumsi sayuran dan buah berserat tinggi diharapkan dapat memperlancar sirkulasi darah.

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

Tujuan : Tidak terjadi *heart burn*

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

Intervensi Menurut Benson *et al* (2013):

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



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

- 2) Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

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

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

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

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

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

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

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

- 6) Hindari minum selain minum air putih.

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

- 7) Tidur dengan kaki ditinggikan.

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

8) Berikan antasida

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

9) Anjurkan ibu untuk bernafas panjang dan rileks untuk beberapa menit

R/ Mengendorkan otot perut dan dada

10) Anjurkan ibu untuk duduk tegak

R/ Duduk tegak dapat menyebabkan diafragma terangkat sehingga rongga abdomen lebih luas, tekanan dan nyeri berkurang.

**Masalah 11:** Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang.

Kriteria : 1) Ibu tampak tenang dan rileks

2) Ibu tampak tersenyum

3) Suami dan keluarga memberi dukungan

Intervensi Menurut Varney *et al* (2008):

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

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

2) Anjurkan ibu mandi air hangat.

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

3) Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

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

### **E. Implementasi**

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan pada klien dan keluarga. Mengarah atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman (Ambarwati dkk, 2009).

### **F. Evaluasi**

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2008).

### **G. Dokumentasi**

Menurut Kepmenkes RI (2007), Pencatatan dilakukan setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA) dan di tulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP yaitu sebagai berikut:

S :Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O :Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A :Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.

P :Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif,

penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan yaitu asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

### **2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Persalinan**

Asuhan Kebidanan pada Persalinan

#### 1. Data Subyektif

##### a. Biodata

Mengidentifikasi informasi klien seperti :

##### 1) Nama

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

##### 2) Usia

Usia untuk menetapkan risiko tinggi apabila kurang dari 19 tahun sudah hamil atau lebihh dari 35 tahun ketika hamil pertama (Manuaba dkk, 2009). Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden diabetes

tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe I): hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden preeklamsia dan abrupsi plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.

### 3) Agama

sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan yang paling melahirkan bayi.

### 4) Pendidikan Terakhir

sebagai dasar bidan untuk menentukan metode tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi. Dalam memberikan pendidikan kesehatan pasien sesuai dengan tingkat pendidikannya agar motivasi yang diberikan petugas dapat diterima sesuai pengetahuannya.

### 5) Pekerjaan

data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosial budaya dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan. pekerjaan Rutin (Pekerjaan rumah tangga) dapat dilaksanakan. Bekerja sesuai dengan kemampuan, dan makin dikurangi dengan semakin tua kehamilan (Manuaba, 2010).

## 6) Suku/bangsa

data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Manuaba, 2010).

## 7) Suku/bangsa

Data ini untuk mempermudah dalam melaksanakan asuhan kebidanan untuk mengetahui faktor pembawa atau ras yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Manuaba, 2010).

## 8) Alamat

selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Manuaba, 2010).

## b. Keluhan Utama

menurut Manuaba (2012) 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 menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya yang baru ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

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

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

### C. Riwayat Menstruasi

Riwayat menstruasi digunakan untuk mengetahui menarche, umur berapa haid pertama, teratur atau tidak, siklus haid, lama haid, banyaknya darah, dan sifat darah (cair atau ada gumpalan) disminorhoe atau tidak dan haid terakhir (Manuaba, 2009).

Menurut Mochtar (2012), wanita harus mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditafsir umur

kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus Neegele :

$$\text{TTP} = (\text{hari HT}+7) \text{ dan } (\text{bulan HT}-3) \text{ dan } (\text{tahun HT}+1) \text{ untuk siklus } 28 \text{ hari} +x \text{ hari}$$

hari pertama haid normal terakhir 2 Februari, caranya, tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pada tahun yang sama

#### D. Riwayat obstetri

Riwayat melahirkan *preterm* meningkatkan risiko ibu sebesar 30% untuk melahirkan *preterm* lagi. Risiko tersebut meningkat seiring peningkatan jumlah kelahiran *preterm* dan menurun seiring peningkatan jumlah kelahiran cukup bulan. Wanita yang pernah melahirkan Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (BKMK) berisiko kembali melahirkan bayi BKMK. Catatan berat badan bayi dan usia gestasi dapat dipakai untuk mengidentifikasi adanya bayi BKMK. Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38<sup>0</sup>C. Bila terjadi peningkatan melebihi 38<sup>0</sup>C berturut-turut selama dua hari, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah. Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (*after pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010).



#### E. Riwayat kehamilan sekarang

Menurut Saifuddin (2014) jadwal pemeriksaan hamil yaitu, kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan yaitu; satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan asuhan kehamilan standar minimal 7T yaitu; timbang, ukur tekanan darah, ukur tinggi fundus uteri, pemberian imunisasi TT lengkap (5x TT yaitu TT5), pemberian tablet zat besi minimum 90 tablet selama kehamilan, tes terhadap penyakit menular seksual, dan temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Lama kala I primigravida 12 jam, multigravida 8 jam. Pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam. Lama kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit. Kala III untuk primigravida 30 menit dan multigravida 15 menit. Lama kala IV 2 jam (Manuaba, 2010).

#### F. Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah sebelum kehamilannya ini pernah menggunakan alat kontrasepsi atau tidak, berapa lama penggunaannya (Nursalam, 2009).

#### G. Riwayat kesehatan

Kondisi medis tertentu berpotensi mempengaruhi ibu atau bayi atau keduanya. Calon ibu mengetahui bahwa penyakitnya dapat

memperburuk atau berpeluang menyebabkan bayi sakit atau meninggal.

Berikut ini adalah beberapa kondisi medis pada kategori ini:

a) Penyakit Jantung

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

Stadium penyakit jantung terbagi dalam empat stadium, yaitu:

Kelas I	: Tanpa gejala pada kegiatan biasa,tanpa batas gerak biasa.
Kelas II	: Waktu istirahat tidak terdapat gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung (cepat lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan).
Kelas III	: Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung.
Kelas IV	: Dalam keadaan istirahat sudah terjadi gejala payah jantung.

Persalinan pervaginam diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung klas I dan II.

b) Asma

Wanita yang menderita asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asmanya tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran dan persalinan prematur, penyakit hipertensi pada kehamilan, bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruptio plasenta, korioamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser *et al*, 2009).

c) Anemia

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

d) Hipertiroidisme

Menurut Fraser *et al* (2009) hipertiroidisme pada kehamilan berhubungan dengan peningkatan insiden pre eklamsia, kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, dan kematian janin.

## e) Gonore

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan prematur (Fraser *et al*, 2009).

## f) Diabetes melitus

Idealnya, pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser *et al*, 2009)

## H. Pola Kebiasaan Sehari-hari

## a) Nutrisi

Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (Wiknjosastro, 2008).

## b) Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAK dan BAB dalam sehari, adakah kaitannya dengan obstipasi atau tidak (Nurhidayah, 2014). Kandung kemih yang penuh kan 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).

c) Istirahat

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinan normal, mandi air hangat dapat menjadi peredah nyeri efektif yang akan meningkatkan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu atau bayinya (Fraser dan Cooper, 2009).

d) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, jika berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring (Mochtar, 2012).

e) Personal Hygiene

Untuk mengetahui kebersihan diri pada ibu bersalin (Nurhidayah 2014). Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki yang bertumit tinggi tidak dipakai lagi (Marmi, 2011).

f) Hubungan seksual

Dikaji untuk mengetahui berapa kali klien melakukan hubungan seksual dengan suami dalam seminggu dan ada keluhan atau tidak (Wiknjosastro, 2008).

g) Pola kebiasaan

(1)Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa merokok membawa resiko (Marmi, 2011).

(2)Alcohol

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

(3)Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok. Mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang, akan menyebabkan keterlambatan perkembangan janin, retardasi mental atau bahkan kematian (Marmi, 2011).

## I. Riwayat Psikososial dan Budaya

Menurut Sulistyawati (2012) yang kita kaji antara lain :

### 1) Respon ibu terhadap kehamilan ini

Dalam mengkaji data ini kita dapat menanyakan langsung pada pasien bagaimana perasaannya terhadap kehamilannya.

### 2) Respon ayah terhadap kehamilan ini

Data mengenai respon ayah ini sangat penting karena dapat dijadikan sebagai satu acuan mengenai bagaimana pola kita dalam memberikan asuhan kepada pasien.

### 3) Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil.

Hal penting yang biasanya mereka anut berkaitan dengan masa hamil yaitu pantangan makan yang berasal dari telur, daging, ikan karena dipercaya akan menyebabkan kelainan janin. Adat ini akan sangat merugikan pasien dan janin karena hal tersebut justru akan membuat pertumbuhan janin tidak optimal.

## 2. Data Obyektif

### a. Pemeriksaan Umum

#### 1) Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan.

Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah:

- a) Baik: jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- b) Lemah: pasien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan sin sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010).

## 2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan composmentis (kesadarn maksimal) sampai coma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010).

## 3) Tanda-tanda vital

- a) Tensi/tekanan darah : diukur tiap 4 jam, kecuali jika ada keadaan yang tidak normal sehingga harus lebih sering dicatat dan dilaporkan (Rohani, 2011). Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 10-20 mmHg
- b) Nadi: nadi normal menunjukkan pasien dalam keadan baik, jika lebih dari 100x/menit, kemungkinan sang ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, dan perdarahan. Kenaikan nadi juga salah satu tanda adanya ruptur uteri, nadi diukur setiap 1-2 jam pada awal persalinan (Rohani, 2011).



c) Suhu: suhu tubuh pasien meningkat selama persalinan, yang dianggap normal lah peningkatan yang tidak lebih dari 0,5 samapai I°C). Batas normalnya suhu tubuh yaitu 36,5-37,5°C (Mandriwati, 2008).

d) Penapasan: untuk mengetahui frekuensi pernafasan pasien yang dihitung dalm satuan menit, frekuensi yang melampaui batas normal dapat mengidikasikan pasien mengalami sesak atau mengalami gangguan pernafasan (Widiastini, 2018).

#### 4)Tinggi Badan

Untuk mengetahui tinggi badan pasien. tinggi badan wanita normal 150 cm (Wulandari, 2008).

#### 5) Berat Badan

Untuk mengetahui adanya kenaikan berat badan pasien selama hamil, penambahan berat badan rata 0,3-0,5 kg/minggu, tetapi nilai normal untuk menambah berat badan selama kehamilan 9-12 kg (Nurhidayah, 2014). Menurut Cunningham dalam Saifuddin (2011).

#### 4) Lila

Merupakan salaha satu pilihan untuk penentuan status gizi. LILA normal 23,5-26 cm (Nurhidayah, 2014). LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indicator kuat untuk status gizi ibu

kurang buruk, sehingga ia berisiko untuk melahirkan BBLR (Romauli, 2011).

#### b. Pemeriksaan Fisik

##### 1) Kepala

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

##### 2) Muka

Untuk mengetahui tampak pucat atau tidak. Pada wajah perlu dilakukan pemeriksaan edema yang merupakan tanda klasik preeklamsia

##### 3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011). Spasme anterior, edema sekitar diskus optikus, ablasio retina (lepasnya retina) merupakan salah satu tandagejala preeklamsia (Manuaba, 2010).

##### 4) Mulut, gigi dan gusi

Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah. Karies

gigi atau keropos menandakan kalsium. Kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011). Untuk mengetahui ada caries gigi atau tidak, lidah bersih atau kotor, ada stomatitis atau tidak (Nurhidayah, 2014)

#### 5) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15.0 ml akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada meningkat secara progresif. Fungsi hormone ini untuk memasok janin trimester pertama dan kemudian akan adalah dengan kalsium yang adekuat, produksi peotide pada janin, plasma dan ibu (Saifuddin, 2009). Hipotiroidisme sulit dideteksi selama masa hamil karena banyak gejala hipotiroidisme seperti keletihan, penan. bahan berat badan dan konstipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan (Marmi, 2011).

#### 6) Dada

Apakah simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada benjolan atau tidak, retraksi dinding dada atau tidak. Hal ini untuk mengetahui apakah ada tumor atau kanker. Adanya hiperpigmentasi areola, puting susu bersih dan menonjol Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papila mammae pada pasien multigravida yang telah mantap

menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum pada masa akhir kehamilan, BJ 1 BJ 2 terdengar tunggal, ada tidaknya suara tambahan whezing dan ronkhi (Romauli, 2011).

#### 7) Abdomen

Saat kontraksi uterus dimulai nyeri tidak akan terjadi selama beberapa detik dan akan hilang kembali di akhir kontraksi. Ketika meraba adanya kontraksi, bidan akan mengetahui dimulainya kontraksi sebelum ibu merasakannya. Pengetahuan ini digunakan saat memberikan analgesia inhalasi atau menggunakan mekanisme koping lainnya. Uterus harus selalu terasa lebih keras setiap kontraksi. Kontraksi yang terlalu lama atau sangat kuat dan urutannya singkat akan menimbulkan masalah seperti hipoksia janin (Fraser & Cooper, 2009).

#### 8) Genitalia

Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecahyang menimbulkan pengeluaran cairan (Manuaba, 2010). Pada genitalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau masa termasuk kondilomata, varikosisitas vulva atau rectum, adanya perdarahan servicinis, cairan ketuban andanya luka parut di vagina. Lukainya mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum tindakan episiotomi

sebelumnya, sementara pada kala II terdapat perineum menonjol dan vulva membuka Pervaginam (Wilknjosastro 2008).

#### 9) Anus

Perinium mulai menonjol dan anus mulai membuka. tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah didasar panggul dan mulai membuka pintu (wiknjasasto, 2008)

#### 10) Ekstremitas

Edema merupakan tanda klasik preeklamsi. Edema pada kaki dan pergelangan kaki saja biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat penekanan yang membesar (Varney, 2008).

### c. Pemeriksaan Khusus

#### 1) Auskultasi

Penilaian DJJ selama dan segera setelah kontraksi uterus. Mulai penilaian sebelum atau selama puncak kontraksi. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi. Gangguan dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih dari 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukkan dari DIJ yang kurang dari kondisi kesehatan janin (00 atau lebih dari 180 kali per menit. Bila demikian, baringkan ibu ke

sisi kiri dan anjurkan ibu untuk relaksasi. Pada saat persalinan penting diketahui lambat, dan tak teratur). Cara menghitung bunyi jantung janin adalah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit adalah:

a) (11-12-11) kesimpulannya teratur, frekuensi 136 permenit,

DJJ normal

b) (10-14-9) kesimpulannya tidak teratur, frekuensi 132 permenit, janin dalam keadaan asfiksia.

c) (8-7-8) kesimpulannya teratur, frekuensi 92 permenit, janin dalam.

d) keadaan fetal distress.

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

Untuk letak Punctum Maksimun pada kehamilan dengan posisi janin normal dapat dilihat pada Gambar 2.74 sebagai berikut:

a) 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 (Wiknjosastro, 2008).

## b) Kala III

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Wiknjosastro, 2008).

## c) Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu (Wiknjosastro, 2008).

## 2) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin (Fraser dan Cooper, 2009).

## a) Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah seperti pada tabel berikut:

Tabel 2.23  
Perkiraan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam (Cm)	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis Pubis

16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis fubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada umbilikus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = ( $\pm 2$ cm)	-
28 minggu	28 ( $\pm 2$ cm)	Di tengah, antara simfisis fubis dan Prosesus xifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu=cm ( $\pm 2$ cm)	
36 minggu	36 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada prosesus Xifoideus

Sumber: (Saifuddin, 2014).

b) Cara menentukan TBJ (Tafsiran Berat Janin)

Tafsiran ini bila berlaku untuk janin presentasi kepala.

Rumusnya adalah sebagai berikut:

$$(TFU \text{ (cm)} - n) \times 155 \text{ berat}$$

Bila kepala di atas atau pada spina iskiadika maka  $n=12$ .

Bilakepala di bawah spina iskiadika maka  $n=11$  (Romauli, 2011)

Untuk lebih jelasnya mengenai taksiran berat janin dapat dilihat dalam tabel berikut.



Tabel 2.24







## TBJ Normal untuk Usia Kehamilan Trimester III

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

Sumber: (Manuaba, 2012).

- c) penurunan bagian terbawah janin menurut Wiknjastro (2008).

Gambar 2.74  
Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaan

Perlimaan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Sumber: (Saifuddin, 2013).

#### d. Pemeriksaan Penunjang

##### 1) Pemeriksaan dalam (VT)

Menurut Wiknjosastro (2008) yang perlu dilakukan dalam pemeriksaan dalam adalah

a) Memeriksa genetalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rektum, atau luka parut di perineum.

b) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium.

(1) Jika ada perdarahan pervaginam dilarang melakukan pemeriksaan dalam.

(2) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan bau air ketuban. Melihat pewarnaan mekonium, kekentalan dan pemeriksaan DJJ.

(3) Jika mekonium encer dan DJJ normal, meneruskan memantau DJJ dengan seksama menurut petunjuk partograf.

(4) Jika mekonium kental, menilai DJJ dan merujuk.

(5) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi tanda infeksi.

c) Adanya luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi

sebelumnya. Hal ini upakan informasi peting untuk menentukan tindakan pada saat kelahiran bayi.

- d) menilai pembukaan dan penipisan serviks.
- e) Memastikan tali pusat dan atau bagian-bagian kecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan periksa dalam.
- f) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk ke dalam rongga panggul.
- g) Jika bagian terbawah kepala, memastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala serta menilai ukuran kepala janin dengan ukuran jalan lahir apakah sesuai.

## 2) Pemeriksaan panggul

dalam pemeriksaan panggul yang perlu diperhatikan adalah bentuk dan ukuran panggul, untuk ukuran perlu diperhatikan hal berikut:

- a) Bila promontorium teraba pada pemeriksaan dalam, berarti ada kesempitan panggul.
- b) Normal linea inominata teraba dalam pemeriksaan dalam, bila teraba sebagian atau keseluruhan berarti ada kesempitan panggul.

- c) Spina ischiadika normal, tidak menonjol ke dalam. Bila menonjol berarti ada kesempitan panggul.
  - d) Sudut arcuspubis  $-90^\circ$ , bila kurang berarti ada kesempitan panggul.
  - e) Keadaan dasar panggul apakah kaku, tebal atau elastis
- 3) pemeriksaan penunjang
- 1) Pemeriksaan laboratorium dengan sampel darah diperiksa untuk mengetahui golongan darah, kadar darah, kadar haemoglobin (Hb) Dan kadar pembekuan darah
  - 2) Pemeriksaan USG merupakan suatu metode diagnostik dengan menggunakan gelombang ultrasonik untuk mempelajari morfologi dan fungsi suatu organ berdasarkan gambaran ekosistem dari gelombang ultrasonik yang dipantulkan oleh organ (Prawiroharjo, 2009)

### 3. Analisa/ Diagnosa Kebidanan

G...PAPIAH UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intra uterine, situs bujur. habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/akif (akselerasi, ditatasi maksimal, deselerasi) atau kala II:

- a) kala I fase laten dengan kemudian masalah cemas menghadapi proses persalinan

- b) Kala aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah kenyamanan menghadapi proses persalinan
- c) Kala II dengan kemungkinan masalah: kekurangan cairan, infeksi, Kram tungkai
- d) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, keadaan umum baik
- e)  $P \geq 1$  Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah menurut Wiknjosastro (2008); retensio plasenta, avulsi tali pusat.
- f)  $P \geq 1$  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, subinvolusi sehubungan dengan kandung kemih penuh.

#### 4. Perencanaan

**a. Diagnosa:**  $G \geq 1 P_0 > UK$  37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs habitus fleksi, puka/puki, preskep, H1-1v, kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala satu fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

**b. Tujuan:** Setelah dilakukan asuhan kebidanan diharapkan tidak terjadi komplikasi selama persalinan.

**c. Kriteria :**

- 1) KU baik, kesadaran composmentis
- 2) TTV dalam batas normal  
TD: 100/60-130/90 mmHg  
S: 36-37°C  
N: 80-100 x/menit  
R: 16-24 x/menit
- 3) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- 4) Kala I pada primigravida <13 jam, pada multigravida jam
- 5) Kala II pada primigravida 2 jam, pada multigravida <1 jam
- 6) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif
- 7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit. Plasenta lahir spontan, lengkap
- 8) Kala IV kontraksi uterus baik, keras dan bundar, perdarahan <500 cc.

**d. Intervensi****1. KALA I**

- 1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan.  
R/ Wanita yang melakukan persiapan dalam menghadapi kelahiran memiliki pengetahuan tentang proses persalinan. Mereka biasanya menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Wiknjosastri, 2008).

2) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his. Teknik relaksasi yaitu dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya dari mulut setelah masing-masing kontraksi.

R/ Teknik ini berfungsi ganda, tidak hanya meningkatkan relaksasi, tetapi juga berfungsi membersihkan jalan nafas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi.

3) Observasi sesuai partograf yaitu HIS, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan tanda-tanda vital ibu

R/ Partograf bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama (Wiknjosastri, 2008).

4) Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak berbaring terlentang.

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan O<sub>2</sub> melalui sirkulasi uteri plasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif.

- 5) Beri asupan nutrisi pada ibu dan memberi ibu makan dan minum.

R/ Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi. Dehidrasi bisa memperlambat kontraksi dan atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif.

- 6) Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa.

R/ Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala janin. Selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca salin (Wiknjosastro, 2008).

- 7) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.

R/ Menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat wanita.

- 8) Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering.

R/ Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi.

- 9) Gunakan tehnik sentuhan fisik.

R/ Sentuhan yang diberikan pada wanita (pada tungkai, kepala, lengan) tanpa tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, memberi nyaman dan pengertian serta dapat



menetramkan, menenangkan, menghilangkan kesepian, dan sebagainya.

10) Berikan usapan pada punggung maupun abdomen.

R/ Usapan pada punggung dengan memberikan tekanan eksternal pada tulang belakang menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. Usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita.

11) Lakukan pemeriksaan dalam atas indikasi.

R/ Mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf (Handayani, 2010).

## **2. KALA II**

1) Memastikan tanda dan gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka)

R/ Gejala dan tanda kala dua merupakan mekanisme alamiah bagi ibu dan penolong persalinan bahwa proses pengeluaran bayi sudah dimulai (Wiknjosastro, 2008).

2) Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.

R/ Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka.

3) Pakai celemek plastic

R/ Celemek merupakan penghalang atau barrier antara penolong dengan bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit).

4) Lepas dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

R/ Cuci tangan merupakan upaya yang paling untung mencegah kontaminasi silang

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

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin patogen yang menular melalui darah.

6) Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang bersarung tangan DTT) dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

R/ Semua perlengkapan dan bahan-bahan dalam partus set harus dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.

- 7) Bersihkan vulva dan perineum, seka dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

R/ Membersihkan vulva dan perineum dengan air DTT digunakan sebagai pencegahan infeksi dan menjaga kebersihan ibu.

- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

R/ Mengetahui kemajuan pembukaan serviks, penurunan kepala, effacement, ketuban, bagian terendah janin sesuai dengan partograf.

- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit, kemudian cuci tangan.

R/ Pencegahan infeksi sangat penting dalam menurunkan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. Upaya dan ketrampilan untuk melaksanakan prosedur pencegahan infeksi secara baik dan benar melindungi penolong persalinan terhadap resiko infeksi.

10) Periksa DJJ setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).

R/ mendeteksi bradikardi janin dan hipoksia berkenaan dengan penurunan sirkulasi maternal dan penurunan perfusi plasenta yang disebabkan oleh anastesia, atau posisi yang tidak tepat.

11) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

R/ Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenter sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif (Wiknjosastro, 2008).

12) Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

R/ Posisi duduk atau setengah duduk dapat memberikan rasa aman nyaman bagi ibu dan memberi kemudahan

beristirahat diantara kontraksi. Keuntungan dari kedua posisi ini adalah gaya gravitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya (Wiknjosastro, 2008).

- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ada dorongan kuat untuk meneran.

R/ Meneran secara berlebihan menyebabkan ibu sulit bernafas sehingga terjadi kelelahan yang tidak perlu dan meningkatkan resiko asfiksia pada bayi sebagai akibat turunnya pasokan oksigen melalui plasenta (Wiknjosastro, 2008).

- 14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit

R/ Posisi jongkok dapat membantu mempercepat kemajuan persalinan kala dua dan mengurangi rasa nyeri yang hebat (Hidayat, 2010).

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

R/ Handuk pada perut ibu digunakan untuk persiapan mengeringkan bayi baru lahir.

16) Letakkan kain bersih yang dilipat  $\frac{1}{3}$  bagian bawah bokong ibu.

R/ Kain kering yang dilipat  $\frac{1}{3}$  bagian dipersiapkan mengusap muka bayi setelah lahirnya kepala.

17) Buka partus set dan cek kelengkapan alat dan bahan.

R/ Ketidak lengkapan alat, bahan dan obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa.

18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

R/ Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan yang mungkin atau patogen yang menular melalui darah.

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

R/ Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.

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

R/ Perasat ini dilakukan untuk mengetahui apakah tali pusat berada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat tersebut sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut.

21) Tunggu hingga kepala janin selesai melahirkan putaran paksi luar secara spontan.

R/ Pengamatan yang cermat dapat mencegah setiap gangguan, memberi waktu untuk bahu berotasi internal kearah diameter anterior posterior pintu bawah panggul.

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

R/ Penempatan tangan ini dirancang untuk mencegah memegang bayi dibawah mandibula atau sekeliling leher untuk melahirkan bahu dan badan bayi. Kelahiran bahu dan badan bayi dengan gerakan kearah atas dan luar secara biparietal merupakan mekanisme persalinan yang disebut

kelahiran bahu dan tubu dengan fleksi lateral melalui kurva carus.

- 23) Setelah bahu lahir, geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

R/ Tangan ini mutlak penting untuk mengontrol lengan atas, siku dan tangan bahu belakang saat bagian ini dilahirkan karena jika tidak tangan atau siku dapat menggelincir keluar dan menimbulkan laserasi perineum.

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

R/ tindakan ini memungkinkan menahan bayi sehingga dapat mengontrol kelahiran badan bayi yang tersisa dan menempatkan bayi aman dalam rengkuhan tangan tanpa ada kemungkinan tergelincir melewati badan atau tangan jari-jari.

- 25) Lakukan penilaian bayi baru lahir.

R/ Proses penilaian sebagai dasar pengambilan keputusan bukanlah suatu proses sesaat yang dilakukan satu kali.



Penilaian ini menjadi dasar keputusan apakah bayi perlu resusitasi (Wiknjosastro, 2008).

- 26) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk dengan handuk atau kain yang kering, biarkan bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau diselimuti walaupun berada didalam ruangan yang relatif hangat.

R/ Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu untuk segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi dimeja atau tempat tidur di area antara kaki ibu.

- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (janin tunggal)

R/ Oksitosin menyebabkan uterus berkontraksi yang akan sangat menurun pasokan oksigen kepada bayi. Jangan menekan kuat korpus uteri karena dapat terjadi kontraksi tetanik yang akan menyulitkan pengeluaran plasenta.

28) Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

R/ Dengan dilakukan penjelasan, pasien akan lebih tenang dan tidak cemas atas tindakan yang dilakukan.

### 3. KALA III

29) Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 U secara IM di 1/3 paha atas bagian distal laher (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

R/ Oksitosin merangsang fundus uteri untuk berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah. Aspirasi sebelum penyuntikan akan mencegah penyuntikan oksitosin ke pembuluh darah.

30) Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat untuk mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi .

31) Lakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat.

R/ Memberi cukup waktu bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi bagi bayi.

32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu kekulit bayi.

R/ Meletakkan bayi diatas abdomen ibu, memungkinkan ibu segera kontak dengan bayinya, menyebabkan uterus berkontraksi, dan mempertahankan bayi bebas dari cairan yang saat ini terakumulasi dimeja atau tempat tidur si area antara kaki ibu.

33) Selimuti dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

R/ Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

R/ Memegang tali pusat lebih dekat ke vulva kan mencegah avulsi

35) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

R/ Tindakan ini dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda pelepasan plasenta meliputi uterus mengalami perubahan bentuk, dan tinggi, fundus berada diatas pusat, dan tali pusat memanjang (Wiknjosastro, 2008).

36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.

R/ Melahirkan plasenta dengan teknik dorso kranial dapat mencegah inversio uteri

37) Lakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kranial).

R/ Segera melepaskan plasenta yang telah terpisah dari dinding uterus akan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu .

38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilih dan kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

R/ Melahirkan plasenta dan selaputnya dengan hati-hati akan membantu mencegah tertinggalnya selaput ketuban di jalan lahir.

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

R/ Tindakan masase fundus uteri dilakukan agar uterus berkontraksi. Jika uterus tidak berkontraksi dalam waktu 15 detik lakukan penatalaksanaan atonia uteri

40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.

R/ Inspeksi plasenta, ketuban, dan tali pusat bertujuan untuk mendiagnosis normalitas plasenta, perlekatan, dan tali pusat: untuk skrining kondisi yang tidak normal dan untuk memastikan apakah plasenta dan membran telah dilahirkan seluruhnya.

41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum.

Lakukan penjahitan pada laserasi menyebabkan perdarahan.

R/ Penjahitan digunakan untuk mendekatkan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah (Hidayat, 2011).

42) Pastikan uterus berkontak dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

R/ jika uterus tidak berkontraksi dengan segera setelah kelahiran plasenta, maka ibu dapat mengalami perdarahan sekitar 350-500 cc/menit dari bekas tempat melekatnya plasenta.

43) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam

R/ meningkatkan hubungan bayi dan ibu

44) Setelah 1 jam lakukan penimbangan atau pengukuran bayi beri salep mata dan vit k1, 1 mg IM dipaha kiri anterolateral

R/ agar bayi tidak terinfeksi

45) Setelah satu jam pemberian vitamin K, berikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan.

R/ vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskuler dapat mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Imunisasi Hepatitis B dapat mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (Wiknjosastro, 2008).

46) Lanjutkan pemantauan kondisi dan menegah perdarahan pervaginam.

R/ atonia uteri terjadi jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah dilakukan rangsangan taktil (masase) fundus uteri.

- 47) Ajarkan Ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

R/ jika ibu dan keluarga mengetahui cara melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi maka ibu dan keluarga mampu untuk segera mengetahui jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.

- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

R/ memperkirakan kehilangan darah hanyalah salah satu cara untuk menilai kondisi ibu

- 49) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca salin dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca salin.

R/ kandung kemih yang penuh bisa mengganggu kontraksi uterus.

- 50) Pantau tanda-tanda bahaya pada bayi selama 5 menit.

Pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 °C).

R/ mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak

dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi.

- 51) Tempatnya semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dikontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.

R/ mencuci dan membilas adalah tindakan-tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan darah atau benda asing dari kulit atau instrument/peralatan (Wiknjosastro, 2008).

- 52) Buang bahan yang berkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

R/ sebagian besar limbah persalinan dan kelahiran bayi adalah sampah berkontaminasi jika tidak dikelola dengan benar, sampah berkontaminasi berpotensi untuk menginfeksi siapapun yang melakukan kontak atau menangani sampah tersebut termasuk anggota masyarakat

- 53) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lender dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering

R/ kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan risiko infeksi



- 54) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI.  
Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.  
R/ pemberian ASI secara dini bila merangsang produksi ASI, memperkuat reflek menghisap bayi. Reflek menghisap awal pada bayi paling kuat dalam beberapa jam pertama setelah lahir.
- 55) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.  
R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus
- 56) Celupkan kain tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%  
balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit  
R/ larutan klorin 0,5% cepat mematikan virus.
- 57) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.  
R/ cuci tangan merupakan upaya yang paling penting untuk mencegah kontaminasi silang
- 58) Lengkapi partograf, periksa tanda vital dan asuhan kala IV.  
R/ tekanan darah, nadi, respirasi harus stabil seperti pada tahap sebelum bersalin selama 1 jam paska salin. Monitor tekanan darah dan nadi penting selama IV untuk mendeteksi adanya syok diakibatkan oleh adanya kehilangan darah (Hidayat, 2011).

**MASALAH PADA SAAT PERSALINAN :****Masalah Kala I:**

## 1) Cemas menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria: Ibu tampak tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) :

## a) Jelaskan fisiologi persalinan pada ibu.

R/ Proses persalinan merupakan proses yang panjang sehingga diperlukan pendekatan.

## b) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu.

R/ Ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya.

## c) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan.

R/ Ibu paham untuk dilakukan prosedur yang dibutuhkan dan memahami batasan tertentu yang diberlakukan.

## 2) Ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.

Tujuan: Ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan.

Kriteria: a) Nyeri punggung berkurang

b) Ibu tidak merasa cemas

c) Ibu merasa tenang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

a) Hadirkan orang terdekat ibu.

R/ Kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan Psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan.

b) berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai, kepala dan lengan.

R/ Sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu bersalin dapat menentramkan dan menenangkan ibu.

c) Berikan usapan punggung.

R/ Usapan punggung meningkatkan relaksasi.

d) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/ Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat.

e) Pemberian kompres panas pada punggung.

R/ Kompres panas akan meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan.

### **Masalah Kala II:**

1) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan: Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria: a) Nadi 76-100 x/menit

b) Urin jernih, produksi urin 30 cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

a) Anjurkan ibu untuk minum.

R/ Ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum

b) Jika dalam dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G dan berikan RL, atau NS 125cc/jam

R/ Pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh.

c) segera rujuk ke fasilitas yang mempunyai kemampuan pentalaksanaan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir.

R/ Rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

2) Infeksi (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan: Tidak terjadi infeksi

Kriteria: a) Nadi dalam batas normal (76-100 x/menit)

b) Suhu 36-1 7,5°C

c) KU baik

d) Cairan ketuban/cairan vagina tidak berbau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

a) Baringkan miring ke kiri.

R/ Tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan

b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125 ml/jam.

R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi.

c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/oral

R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

d) segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penyalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/ Infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang ke arah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin.

3) Kram Tungkai (Varney, 2008)

Tujuan : Tidak terjadi kram tungkai

Kriteria: Sirkulasi darah lancar

Intervensi:

1) Luruskan tungkai ibu.

R/ Meluruskan tungkai ibu dapat melancarkan peredaran darah keekstremitas darah.

2) Atur posisi dorsofleksi.

R/ Relaksasi yang dilakukan secara bergantian dengan dorso fleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri

3) Jangan melakukan pemijatan pada tungkai.

R/ Tungkai wanita tidak boleh dipijat karena ada resiko Trombi tanpa sengaja Terlepas

4) berikan ampisilin 2 gram atau amoxilin 2 gram/ora.

R/ Antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit

5) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penyalaksanaan kegawatdaruratan obstetri.

R/ Infeksi yang tidak segera ditangani dapat berkembang kearah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu danjanin.

### **Masalah Kala III:**

1) Retensi plasenta (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan : Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria: Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

1) Plasenta masih didalam 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 ditempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapasitas kegawatdaruratan obstetri.

b) Dampingi ibu ke tempat rujukan

c) Tawarkan bantuan walaupun ibu telah di rujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan Eksternal (KBE) Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mg Per rektal dan gunakan jarum berdiameter besar berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500cc larutan RL. yang mengandung 20 unit oksifosin.

d) jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar halangi KBI

e) jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu melakukan tindakan operasi dan transfusi darah.

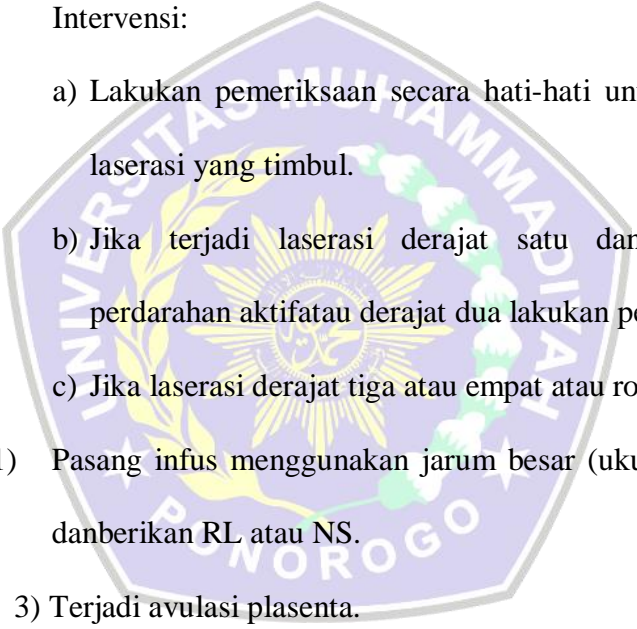
f) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan.

2) Robekan vagina, perineum dan serviks.

Tujuan : Robekan vagina perineum atau serviks dapat terjahit

Kreteria : Vagina, perineum, atau serviks dapat terjahit dengan baik serta perdarahan <500cc

Intervensi:

- 
- a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul.
- b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan.
- c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:
- (1) Pasang infus menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS.
- 3) Terjadi avulsi plasenta.

Tujuan : Tidak terjadi avulsi

Kriteria : Tali pusat utuh

Intervensi menurut Wiknjastro (2008):

- a) palpasi uterus untuk melihat kontraksi, mintak ibu meneran pada setiap kontraksi.
- b) Saat plasenta terlepas, lakukan periksa dalam hati-hati. Jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari



vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus.

c) setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dan periksa plasenta.

d) Jika plasenta belum lahir dalam 30 menit, tangani sebagai relensio plasenta.

#### **Masalah Kala IV:**

I) Terjadinya atonia uteri (Wiknjosastro, 2008)

Tujuan :Atoniauteri dapat teratasi

Kriteria:Kontraksi uterus baik, keras dan bundar serta perdarahan <500cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008):

a) Segera lakukan Kompresi Bimanual Internal (KBE) selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan keluar.

b) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan Kompresi Bimanual

(1) tampon untuk mengurangi darah yang keluar

(2)segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri.

(3)Dampingi ibu ke tempat rujukan.

Setelah perencanaan pada asuhan kebidanan selanjutnya di lakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi dan dokumentasi.

#### **e. Implementasi**

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

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural.
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien
- e. Menjaga privasi 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

**f. Evaluasi**

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani, 2008). 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 rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjutkan sesuai dengan kondisi klien/ pasien.

**g. 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.

## 2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

### I. Pengkajian data

#### a. Data Subyektif

##### 1) Biodata

##### a) Nama

Nama jelas dan lengkap. bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010)

##### b) Umur

dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti usiakurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psiskisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010)

##### c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien untuk berdoa (Ambarwati, 2010).

##### d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2010)

## e) Suku/bangsa

pada adat istiadat atau kebiasaan sehari-hari (Ambarwati, 2010).

## f) Pekerjaan

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

## g) Alamat

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

## 2) Keluhan utama

Menurut Varney dkk(2008), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas antara lain sebagai berikut :

## a) Afierpain

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 primivara tonus otot uterusnya masihkuat 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 menyusup. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

d) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

e) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari, jika terjadi selama kehamilan, hemoroid menjadi taramatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan

3) Riwayat Menstruasi

Dengan memberikan ASI kembalnya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3 bulan belum mendapat menstruasi, dapat bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2010).

4) Riwayat obstetri

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini.

### 5) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas dan beralih ke kontrasepsi apa.

### 6) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

a) Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan post partum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan, anemia kala nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010).

#### b) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak dibenarkan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010).

#### c) Sifilis

Sifilis merupakan penyakit yang disebabkan oleh spirokaeta *Treponema pallidum* yang ditularkan melalui kontak langsung dengan lesi basah yang infeksius. Sifilis kongenital terjadi pada janin atau bayi baru lahir yang ibunya menderita sifilis yang tidak diobati (Benson *et al*, 2013).



d) Penyakit asma

Pada persalinan kala II, diafragma dan paru-paru dapat membantu mempercepat persalinan dengan jalan mengejan dan menahan nafas. Penyakit asma yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> (Manuaba, 2010).

e) Pengaruh penyakit jantung dalam masa pasca persalinan/nifas menurut Manuaba (2010) :

(1)Setelah bayi lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjiri tubuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya.

(2)Saat laktasi kekuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI.

(3)Mudah terjadi infeksi post partum, yang memerlukan kerja tambahan jantung

(4)Ibu yang pernah mengalami episode hipertensi pada kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Fraser dan Cooper, 2009).

## 7) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya.

## 8) Pola kebiasaan sehari-hari

## a) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. makan engan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui). (Saifuddin, 2014)

Tabel 2.25

Contoh menu makan ibu nifas

Kebutuhan makan ibu menyusui dalam sehari			
Bahan makanan	Ibu menyusui bayi/anak		
	Bayi umur 0-6 bulan	Bayi umur 7-12 bulan	Bayi umur 13-24 bulan
Nasi	5 piring	4 ½ piring	4 piring
Ikan	2 ½ potong	2 potong	3 potong
Tempe	5 potong	4 potong	5 potong
Sayuran	2 mangkuk	3 mangkuk	3 mangkuk
Buah	2 potong	2 potong	2 potong
Gula	5 sdm	5 sdm	5 sdm
Susu	1 gelas	1 gelas	1 gelas
Air	8 gelas	8 gelas	8 gelas

Sumber: (Manuaba, 2008).

#### b) Eliminasi

segera setelah pascapartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti dan hipotonik, yang dapat, menyebabkan over distensi, pengosongan tidak lengkap, dan residu urin yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memasikkan berkemih secara periodik. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama pascapartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran kemih. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari kelima pasca partum. Diuresis adalah rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varneydkk, 2008). Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2012).

#### c) Personal hygiene

Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014). Pakaian agak longgar terutama di daerah dada sehingga payudara tertekan.

Daerah perut tidak perlu diikat dengan kencang Karena tidak akan memengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya yang menyerap, sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada pembalut sebaiknya dibuang setiap saat terasa penuh dengan lochea (Manuaba, 2012)

d) Istirahat

anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam hal, yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2014)

e) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu, seperti mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014).

f) Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda

hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah Persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saifuddin, 2014).

#### 9) Riwayat Psikososial Spiritual

Menurut Marmi (2015), membagi fase nifas menjadi 3 bagian yaitu:

##### a) Fase taking in

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

##### b) Fase takinghold

Pada fase kedua masa nifas adalah fase taking hold berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

c) Fase leting go

Fase menerima tanggungjawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat.

10) Riwayat Ketergantungan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah di dalam tubuh termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga es involusi, sedangkan alkohol dan narkotika kandungan ASI yang langsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2012).

11) Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan, antara lain:

- a) Menghindari makanan berprotein, seperti ikan/telur.
- b) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- c) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama).
- d) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk atoniauteri

- e) Memisahkan bayi dari ibunya untuk masa yang lama pada 1 jam setelah kelahiran karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi untuk mulai menyusui.
- f) Wanita yang mengalami masa puerperium diharuskan tidur telentang selama 40 hari (Manuaba, 2012).
- g) Kebiasaan membuang susu jolong.
- h) wanita setelah melahirkan tidak boleh melakukan gerakan apapun kecuali duduk bersendendi tempat tidur.

#### **b. Data obyektif**

##### a) pemeriksaan umum

##### 1) Keadaan umum

Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan tingkat kesadaran ibu, sedang atau baik (Nursalam, 2008).

##### 2) Kesadaran

Untuk melihat tingkat kesadaran ibu meliputi composmentis, samnolen, apatis, dan delirium (Saifuddin, 2014).

##### 3) Tanda-tanda vital

##### a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2008).

b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat (Varney dkk, 2008).

c) Suhu

Suhu 38° C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2-10 postpartum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai morbiditas puerperalis. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak diketemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2014).

d) Pernafasan

nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru (Varney dkk, 2008)



## b) Pemeriksaan fisik

### a) kepala

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2012).

#### (1)Muka

Pada daerah muka di lihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat. Ketidaksimetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis). Apakah terdapat odema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani dkk, 2011).

#### (2)Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bilapucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan-kemungkinan ada konjungtivitis, kelopak mata yang bengkak adanya preeklamsia (Romauli, 2011)

#### (3)Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis apa tidak. Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gisi, gusi berdarah atau tidak (Sulistyawati,2012).

b) Leher

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

c) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah/pendek/rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI (Saifuddin, 2014)

menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008).

d) Abdomen

pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014)

Menurut Varney dkk (2008), pemeriksaan abdomen partum dilakukan selama periode pascapartum dini (1 jam-5 hari) yang meliputi tindakan berikut.

1) Pemeriksaan kandung kemih Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik distensi kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urin akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama melahirkan. Kondisi

ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih.

## 2) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak.

## 3) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis.

Penentuan jumlah diastasisrekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abnormal adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (rektus abdominis). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen kontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasisrekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (a) Atur posisi wanita terbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya.

(b)Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tanaga dan pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda tepat dibawah umbilikus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis  
Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain

(c) Meminta wanita menaikkan kepalanya dan berupaya meletakkan dagu didadanya, diarea antara payudaranya dan pastikan wanita tidak menekan tangannya di tempat tidur atau mencengkram matras untuk membantu dirinya, karena hal ini mencegah penggunaan otot-otot abdomen.

(d) Ketika wanita berupaya meletakkan dagunya diantara payudaranya, tekan ujung-ujung jari anda dengan perlahan dekat abdomennya. Anda akan merasakan otot-otot abdomen layaknya dua bebat aret, yang mendekati garis tengah dari kedua sisi. Apabila dia dilebar anda perlu untuk menggerakkan jari anda dari sisikesisi dalam upaya menemukan otot tersebut, meskipun otot sudah dikontraksikan.

(e)Ukur jarak antara dua otot reknus ketika otot-otot tersebut dikontraksi dengan menempatkan jari-jari anda datar dan paralel terhadap garis tengah dan isi ruang

antara otot rektus dengan jari-jari anda. Catat jumlah lebar jari antara sisi median dua otot rektus

(f) Sekarang tempatkan ujung-ujung jari satu tangan sepanjang salah satu sisi median otot rektus abdomen dan ujung-ujung jari tangan anda yang lain sepanjang sisi median otot rektus abdominus yang lain. Jika diposisikan dengan benar bagian punggung tangan anda harus menghadap satu sama lain pada garis tengah abdomen.

(g) Minta wanita untuk menurunkan kepalanya secara perlahan keposisi bersandar ketempat tidur. 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 sisi lateral masing-masing pada abdomen. Prasyarat ini memungkinkan anda untuk tetap mengidentifikasi otot-otot tersebut ketika berada dalam keadaan relaksasi

(i) Ukur jarak antara kedua otot rektus ketika dalam keadaan relaksasi sebagaimana mengukurnya pada saat kontraksi. Catat jumlah lebar jari diantara tepi median kedua otot rektus

(j) Catat hasil pemeriksaan anda sebagai suatu pecahan yang didalamnya pembilang mewakili lebar diastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot mengalami kontraksi dan pembagi mewakili lehardiastasis dalam hitungan lebar jari ketika otot-otot relaksasi misalnya diastasis yang ukurannya dua lebar jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima lebar jari ketika otot-otot relaksasi akan dicatat sebagai berikut: diastasis  $2/5$  jari rangkaian pengukuran tersebut dapat tertulis sebagai berikut: diastasis dua jari ketika otot-otot berkontraksi dan lima jari ketika otot-otot relaksasi.

4) Memeriksa adanya nyeri tekan CVA (*Costo vertebral Angel*), Nyeri yang muncul diarea sudut CVA merupakan indikasi penyakit ginjal.

e) Genetalia

pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokia, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supurasi (Varney dkk, 2008) Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil. Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lokia. Hal yang perlu dihat pada pemeriksaan vulva dan

perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid (Saifuddin, 2014).

f) Ekstremitas

Flagmasia albadolens 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)

4) 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/dl, anemia ringan jika Hb 9-10 g/dl, anemia sedang jika Hb 7-8 g/dl, anemia berat jika Hb <7 g/dl (Manuaba, 2012).

5) Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Bahiytun (2009) yaitu:

- a) Pil zat besi 40 tablet harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin
- b) Vitamin A 200.000 U agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASInya.

### 3. Diagnosa Kebidanan

Diagnosa: P..A... hari ... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak (Marmi, 2012). PAPIAH, postpartum hari ke....Aktasi lancar, lochea normal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik. dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi nyeri luka jahitan *perineum*, *afierpain*, pembangkakan payudara (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008).

### 4. Intervensi

- a. Diagnosa P<sub>PAPIAH</sub>, postpartum hari ke .... laktasi lancar, locheanormal, involusi noarmal, keadaan pskologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan *perineum*, *afierpain*, pembangkakan payudara

Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi

kreteria:a. Keadaan umum: kesadaran komposmetis (Manuaba, 2012)

- b. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

- c. Tanda-tanda vital:

T: 110/70-130/90 mmHg

N: 60-80 xJmenit

S: 36-37,5°C

R: 16-24 x/menit

- d. Laktasi normal



menurut Marmi (2015) ASI dibedakan menjadi stadium

- 1) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan budi yang tinggi
- 2) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- 3) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

e. Involusi uterus :

Tabel 2.26  
Involusi uterus normal

Waktu inovasi	Tinggi Fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesar hamil 2 minggu
56 hari	Nomal

Sumber: Manuaba, 2012

#### 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, 2012)

Intervensi menurut Sofian (2012):

- 1) lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.  
R/ menilai status gizi ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi.
- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya  
R/ menyusui bayinya sedini mungkin dapat mencegah paparan substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009)
- 3) Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas  
R/ Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Maritalia, 2012)
- 4) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.  
R/ Untuk menjarangkan anak (Mochtar, 2012)
- 5) Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya  
R/ Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan

**Kemungkinan masalah:****a. Masalah 1:** Gangguan eliminasi Konstipasi dan Retensio Urine

Tujuan : Masalah eliminasi teratasi.

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancar.

Intervensi menurut Purwanti (2012), antara lain:

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK maupun BAB jika terasa

- 2) yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan

R/ Menghilangi rasa takut pada pasien untuk melakukan buang air

- 3) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/ Membantu memperlancar eliminasi

**b. Masalah 2:** Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

I

intervensi menurut Marmi (2015), antara lain:

1) Observasi luka jahitan perineum.

R/ Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Ajari ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat

R/ Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R/ Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan menguraingi kemungkinan terjadinya infeksi

4) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

**c. Masalah 3** : After pain atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Bahiyatun (2009), antara lain:

1) Anjurkan Ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri afterpain

2) sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di dibawah perut

R/ Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri

3) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R/ Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

**d. Masalah 4:** Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi

Kreteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi menurut Purwati (2012), antara lain

1) anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak

3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan handuk yang hangat pada payudara

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

4) Gunakan Bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

5) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui

R/ Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual

R/ Pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

7) Berikan terapi parasetamol/asetaminofen

R/ Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri

**e. Masalah 5 : Subinvolisio Uteri**

Tujuan : Tidak terjadi subinvolisio uteri

Kriteria : Involisio uteri berjalan dengan normal

Intervensi menurut Swantika (2012), yaitu:

- 1) Berikan obat antibiotic: uterotonika dan tablet Fe

R/ Terapi antibiotik dapat mencegah infeksi, uterotonika dapat merangsang kontraksi uterus dan tablet kekurangan darah pada ibu.

- 2) Berikan tranfusi darah jika perlu.

R/ Mengatasi kehilangan darah dalam jumlah Besar

**f. Masalah 6 : Miksi**

Tujuan : Masalah eliminasi BAK teratasi tidak terjadi

Retensio urine

Kriteria : Ibu bisa BAK dengan lancar

Intervensi menurut Purwanti (2012), yaitu:

- 1) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAK sedini mungkin setelah melahirkan.

R/ Pasien tidak akan menahan diri untuk BAK jika terasa

- 2) Jelaskan pada ibu bahwa dengan BAK tidak mempengaruhi luka jahitannya.

R/ Mengurangi ketakutan pada ibu.

**g. Masalah 7 : Bendungan ASI**

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah Bendungan ASI teratasi

Kriteria : payudara terasa panas, dan nyeri pada saat menyusui

Intervensi menurut Saifudin (2009), antara lain:

1) Anjurkan untuk menyusui sesering mungkin

R/ Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara.

R/ Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

3) Anjurkan mengompres hangat payudara sebelum disusukan

R/ Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

4) Ajarkan ibu cara menyusui bayinya dengan benar

R/ cara menyusui yang benar dapat mengurangi terjadinya bendungan ASI karena ASI yang diproduksi dihisap secara sempurna oleh bayi

5) Anjurkan menggunakan BH yang menopang payudara

R/ Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah bendungan dan nyeri yang dialami.

## 5. 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.

## **6. Evaluasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien

- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

## 7. Dokumentasi

Menurut Kepmenkes RI No.938/Menkes/NK/VII/2007 sesuai dengan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang di temukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria:

- a) pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA.)
- b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
  - S: Adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
  - O: Adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
  - A: Adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
  - P: Adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan intisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif. penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan Langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi diatas berlaku atau dilakukan juga untuk semua asuhan kebidanan pada kehamilan, bersalin, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

## 2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

### 1. Data Subyektif

#### a. Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012).

#### b. Keluhan Utama

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik. Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), diaper rash (Marmi, 2012)

#### c. Riwayat Kehamilan

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir.

#### d. Riwayat Persalinan

usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit

pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatus (Walsh, 2012).

Menurut Prawiroharjo (2009), klasifikasi pada bayi lewat bulan adalah:

- 1) Stadium I yaitu kulit menunjukkan kehilangan verniks kaseosa dan terjadi maserasi seperti kulit kering, rapuh, dan mudah mengelupas.
  - 2) Stadium II seperti stadium I dan disertai pewarnaan mekonium (kehijauan) di kulit.
  - 3) Stadium III seperti stadium I dan disertai dengan pewarnaan kekuningan pada kuku, kulit, dan tali pusat.
- e. Riwayat Post Natal

Riwayat bayi sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur, dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012). Meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku

mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal.

f. Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari ke dua energi berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6 (Marmi, 2012). Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Tafsiran kebutuhan selama dua bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energi sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012).

(2) Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa (Marmi, 2012). Feses pertama iniberwarna hijau kehitaman, lengket empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser dkk, 2009).

(3) 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 2jam per hari (Walsh, 2012).

#### (4) Personal hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mengering. Pencucian rambut hanya perludi lakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka keudara, yang mencegah urine dan feses membasahi talipusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah. Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2014).

#### (5) Aktifitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut (Saifudin, 2014).

#### b. Riwayat Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009).

## 2. Data Obyektif

### a. Pemeriksaan Umum

#### (1) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu 36,5-37,5 °C. Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan.

#### (2) Tanda-tanda vital

##### a) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2014). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji diberbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5°C-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36,5°C-37,5°C (Varney, Kriebs dan Gegor, 2008). Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu 36,5°C-37,5°C) (Walsh, 2012). Suhu aksila 36,5°C-37°C sedangkan suhu kulit 36°C-36,5°C (Fraser, 2009).

##### b) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama  $\pm 80$  kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit

(Wiknjosastro, 2008). Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2014). Pola pernapasan bervariasi sesuai kaitan pernapasan. Pernapasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernapasan pada bayi baru lahir dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai 60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen

c) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180 x/menit yang kemudian turun sampai 140-120 x/menit pada waktu bayi berumur 30 menit (Wiknjosastro, 2015). Frekuensi jantung 120-160 x/menit ketika istirahat (Walsh, 2012).

(3) Antropometri

a) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik. Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau.



Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2014).

b) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletang rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter (Vamey, Kriebs dan Gegor, 2008)

e) Ukuran kepala meliputi:

- (1) Dimeter suboksipito-bregmatikus: 9,5-10 cm
- (2) Diameter oksipito-frontalis: 11-12 cm
- (3) Diameter oksipito metalis: 13,5-15 cm
- (4) Diameter submento-bregmatika: 9,5-10 cm
- (5) Diameter biparictalis: 9,5-10 cm
- (6) Diameter bitemporalis: 8-10 cm
- (7) Sirkumferensia suboksipito-berghmatikus: 33-34 cm
- (8) Sirkumferensia submento-bregmatikus: 32-33 cm
- (9) Sirkumferensia oksipito frontalis: 33-35 cm
- (10) Sirkumferensia mento-oksipitalis: 34-35,5 cm

d) Lingkar dada : 33-38 cm

e) Lingkar lengan : +11 cm

## b. Pemeriksaan Fisik

### (1) Kulit

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Waspada timbulnya kulit dengan warna yang tidak rata (Cutis Marmorata), telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1-5 tahun.

### (2) Kepala

Bentuk simetris, sutura menutup, caput succedaneum tidak ada, cephal hematoma tidak ada, tidak ada kraniotabes, tidak edema, tidak ada benjolan, tidak cekung maupun cembung. Caput succedaneum adalah suatu pembengkakan kulit kepala karena tekanan pada saat kelahiran dan dapat melintasi garis sutura. Sefalhematoma adalah ekstrasvasasi darah diantara periosteum dan tengkorak. Sefalhematoma dapat meningkat selama hari pertama setelah kelahiran dan kemudian terabsorpsi secara bertahap selama beberapa minggu. Sefalhematoma tidak menyebabkan tekanan intrakranial, tetapi bila besar dapat menimbulkan ikterus. Kraniotabe adalah arca lunak dan kecil di tengkorak. Ketika ditekan ia menyebabkan sensasi cekungan serupa seperti menekan bola ping pong. Kraniotabe biasanya

menghilang dalam beberapa hari dan jarang dikaitkan dengan abnormalitas.

(3) Mata

Tidak terdapat edema pada kelopak mata. Jarak antarakedua mata yang normal adalah 3 cm (Fraser dan Cooper, 2009). Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleks merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal.

(4) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2012). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Fraser, 2009).

(5) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012).

(6) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat sekret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna. Kelainan yang dapat dijumpai yaitu labioskisis, labiopalatoskisi, labio palatogenatoskisis.

### (7) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012).

### (8) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012). Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Fraser dkk, 2009).

### (9) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi, 2012).

### (10) Punggung

Tidak ada benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna, tidak ada spina bifida (Saifuddin, 2006)

(11) Genetalia

a) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang urtra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksaadanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012)

b) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu.

Pada bayi cukup bulan, labiamayora menutupi labiaminora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012).

(12) Anus

Anus berlubang. Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi, 2012).

(13) Ekstremitas

a) Atas

Kedua lengan sama panjang, kedua lengan harus bebas bergerak jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili dan sindaktili (Rukiyah, 2010).

b) Bawah

Simetris, tidak ada pas varus dan pas valgus (Walsh, 2012)

### c. Pemeriksaan reflex

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah (Varney, 2008). Refleks yang dikaji yaitu:

#### 1) Refleks morro/kaget

Didapat dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriakan kencang atau gerakan yang mendadak. Respon bayi baru lahir berupa menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar, sedangkan lutut fleksi. Tangan kemudian akan kembali lagi ke arah dada seperti posisi bayi dalam pelukan. Jari-jari nampak terpisah, membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis.

#### 2) Refleks rooting/mencari

Cara mengukurnya dengan gores sudut mulut bayi garis tengah bibir. Pada kondisi normal bayi memutar ke arah pipi yang digores, refleks ini menghilang pada usia 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai usia 12 bulan khususnya selama tidur. Kondisi patologis bila tidak adanya reflex menunjukkan adanya gangguan neurologis berat (Varney, 2008).

### 3) Refleksi sucking/menghisap

Didapat saat sisi mulut bayi baru lahir atau dagunya disentuh. Sebagai respons, bayi akan menoleh ke samping untuk mencari sumber objek dan membuka mulutnya untuk menghisap.

### 4) Refleksi tonicneck/menoleh

Cara mengukurnya dengan memutar kepala dengan cepat kesatu sisi. Pada kondisi normal bayi melakukan perubahan posisi bila kepala di putar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan, normalnya refleksi ini tidak terjadi setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada usia 2 bulan dan menghilang pada usia 6 bulan. Kondisi patologis bila respons terjadi setiap kali diputar, jika menetap adanya kerusakan serebral mayor (Varney, 2008).

### 5) Refleksi grapping/menggenggam

Didapat dengan cara menstimulasi telapak tangan bayi dengan sebuah objek, atau dengan jari pemeriksa. Respons bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat, sehingga dapat diangkat sebentar dari tempat tidur (Ladewig, 2009).

### 6) Refleksi neckrighting/gerakan leher dan bahu

Pada posisi telentang, ekstremitas di sisi tubuh di mana kepala menoleh mengalami ekstensi, sedangkan di sisi tubuh lainnya fleksi. Tonus otot dapat dilihat pada respons bayi terhadap gerakan pasif (Fraser dkk, 2009)

7) Refleksi galanfs/gerakan punggung

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4-8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya reflex menunjukkan lesi medula spinalistranversal (Varney, 2008)

8) Refleksi ekstruksi/menjulurkan lidah

Cara mengukur dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh, dijumpai pada usia 4 bulan. Kondisi patologis bila ekstensi lidah persisten adanya sindrom Down (Varney, 2008).

9) Refleks stopping/melangkah

Menurut Fraser (2009) Jika disangga pada posisi tegak dengan kakinya. Menyentuh permukaan datar, bayi seperti mencoba berjalan. Jika digendong dengan tibia menyentuh ujung meja, bayi akan mencoba menaiki meja tersebut refleks perubahan ekstremitas (Varney, 2008) Refleks babinzki/jari kaki Cara mengukurnya dengan gores telapak kaki sepanjang tepi luar, dimulai dari tumit. Pada kondisi normal jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorso fleksi, dijumpai sampai usia 2 tahun. Kondisi patologis bila perkembangan jari kaki dorso fleksi



setelah 2 tahun, adanya tanda lesi ekstrapiramidal (Varney, 2008).

### 3. Analisa/Diagnosa Kebidanan

Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oralrush, diaper rush (Marmi, 2012).

### 4. Perencanaan

a. Diagnosa kebidanan: neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Tujuan Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :1) Keadaan umum baik dan TTV normal.

S: 36.5-37,5°C

N: 120-160 x/menit

RR: 40-60 x/menit

2) Bayi menyusu kuat

3) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Wiknjosastro (2008) adalah:

1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

R/ Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.

2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R/ Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam

R/ Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung

4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R/ Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R/ Suhu normal bayi adalah 36-37,3 C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/ Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2008)

**Potensial masalah:****Masalah I:**Hipoglikemi

Tujuan :Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :Kadar glukosa dalam darah 245 mg/dL dan tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, penafasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI tangis lemah dan hipotermi.

Intervensi menurut sarwono (2010):

1) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R/ Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi

2) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran.

R/ Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidak normalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

3) kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ Tanda-tanda hipogikemi 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

#### **Masalah II : Hipotermi**

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : Suhu bayi 36 -37% °C dan tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema (Saifuddin, 2009).

Intervensi menurut Saifuddin (2009) :

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

R/ misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah. Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi

### **Masalah III:** Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi.

Kriteria menurut Ladewig (2009) adalah:

- a) Kadar bilirubin serum  $12,9 \text{ mg/Dl}$
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi menurut Ladewig (2009) antara lain:

- 1) Mengkaji faktor-faktor risiko.  
R/ Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, incompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.
- 2) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.  
R/ Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks morro merupakan tanda-tanda awal ikterus). epalopati bilirubin (karna ikterus).

3) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirauenterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium.

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

**Masalah IV :Seborrhea**

Tujuan :Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala dan kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Varney, dkk (2008):

1) Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R/ Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

2) Oleskan krim hydrocortisone.

R/ Krim hydrocortison biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

3) Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R/ Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

4) Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

**Masalah V** : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteri : Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012):

1) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

2) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R/ Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

3) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R/ Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

4) Kenakan pakaian katun untuk bayi.

R/ Bahan katun dapat menyerap keringat.

5) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R/ Penatalaksanaan lebih lanjut.

#### **Masalah VI:** Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : Tidak muntah dan gumoh setelah minum serta bayi tidak rewel.

Intervensi menurut Marmi (2012):

1) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R/ Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui

2) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menan

R/ Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

#### **Masalah VII :** Oral trush

Tujuan : Oral Trush tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Muslihatun (2010):

1) Bersihkan mulut bayi dengan ujung jari ibu yang dibungkus dengan kain bersih dan telah dicelupkan dengan air hangat bergaram.



R/ Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida albicans penyebab oral thrush (Marmi, 2012).

- 2) Olesi bercak thrush dalam mulut bayi dengan larutan nistalin oral atau Gentian Violet 0,25-0,500 sampai empat kali sehari.

R/ untuk membantu menghilangkan bercak dalam mulut bayi

- 3) Anjurkan ibu untuk mengolesi payudaranya dengan krim istalin atau larutan Gentian Violet 0,5% setiap kali setelah menyusui selama bayi diobati.

R/ untuk menghilangkan jamur candida albicans sehingga mencegah timbulnya oral thrush.

**Masalah VIII: Diaper rash**

Tujuan : Tidak terjadi diaper rash

Kriteria : tidak timbul binik merah pada kelamin dan bokong Bayi.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- 1) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung

R/ Menjaga kebersihan sekitar genetalia sampai anus bayi

- 2) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R/ Mencegah timbulnya diaper rash.

- 3) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R/ Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatan pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memadahkan terjadinya iritasi kulit.

- 4) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R/ Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

#### **5. Penatalaksanaan**

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

#### **6. Evaluasi**

Menurut Kepmenkes No.938/MENKES/Sk/VII/2007 Tentang Standart Asuhan Kebidanan adalah Bidan melakukan Evaluasi secara sistematis dan berkisenambungan untuk melihat keefektifan, dari asuhan yang sudah di berikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Kriteria:

- a) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan kondisi klien
- b) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- c) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
- d) Hasil Evaluasi di tindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

## 7. Dokumentasi

Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/status Pasien/Buku KIA) ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP (Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/V11/2007) yaitu:

- S :Data subyektif, mencatat hasil anamnesa
- O :Data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- A :Hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah khidanan
- P :Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

Dilakukan seperti asuhan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

## 2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB

### 1. Data subyektif

#### 1) Biodata

##### a) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan pelayanan (Ambarwati, 2010)

##### b) Umur

Wanita usia 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013).

##### c) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontap, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba, 2012).

d) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga (Glasier, 2006).

e) Alamat

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

2) Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Saifuddin (2013) adalah:

- a) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan.
- b) Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi.

3) Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus haid, lamanya jumlah darah yang dikeluarkan dan pernahkah disminorhoe (Nursalam, 2008)

4) Riwayat obstetri

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012 ).

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012).

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontrasepsi IUD (Saifuddin, 2010).

6) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil, implan, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2014).

Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013).

## 7) Riwayat kesehatan dan penyakit klien

- a) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak diperbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes mellitus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012).
- b) Kontrasepsi implan dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (*sickle cell*)
- c) Penyakit stroke, penyakit jantung koroner/infark, kanker payudara tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin

## 8) Pola kebiasaan sehari-hari

### a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan dihipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2015).

### b) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartanto, 2015).

c) istirahat/tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik disebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010).

d) Dikaji karena kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga (Saleha,2009).

e) Kehidupan seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saifuddin, 2010).

e) Riwayat Kebiasaan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah risiko terjadinya miokardinfark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2015) Ibu yang menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) tidak boleh menggunakan pil progestin (Saifuddin, 2010).

## 2. Data Obyektif

1) Pemeriksaan umum

a) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implan dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHg (Saifuddin, 2010)



Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser dan Cooper, 2009).

## 2) pemeriksaan antropometri

### a) Berat badan

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. penyebab penambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2015)

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2010)

## 3) Pemeriksaan fisik

### a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Saifuddin, 2010).

### b) Mata

Kehilangan penglihatan atau pandangan kabur merupakan peringatan khusus untuk pemakai pil progestin (Saifuddin, 2010).

Akibat terjadi perdarahan hebat memungkinkan terjadinya anemia (Saifuddin, 2010).

c) Payudara

kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015)

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Saifuddin, 2010) Terdapat benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Saifuddin, 2010)

d) Abdomen

Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010).

e) Genitalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015) Ibu dengan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010) efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak perdarahan (spotting) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat perdarahan hebat pada waktu haid (Saifuddin, 2010)

f) Ekstremitas

pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan (Saifuddin, 2010) ibu dengan varises di tungkai dapat menggunakan AKDR (Saifuddin, 2010).

Untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan sebagaimana diuraikan oleh Siswishanto (2008) sebagai berikut:

1) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan padavagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan

2) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- a) Memastikan gerakan serviks bebas
- b) Menentukan besar dan posisi uterus
- c) Memastikan tidak ada tanda kehamilan
- d) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

## II. Diagnosa Kebidanan

PAPIAH USIA 15-49 tahun, anak terkecil usia.... tahun, calon peserta KB, belum ada lihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam  
Prognosa baik.

## III. Intervensi

Diagnosa: PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik

- Tujuan:1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah
  - 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

- Kriteria : 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
  - 3) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

1) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

R/ Meyakinkan klien membangun rasa percaya diri

2) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)

R/ mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi

R/ Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

4) Bantulah klien menentukan pilihan

R/ Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

R/ Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R/ Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang

R/ Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

**a.Masalah 1: Amenorhea**

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Dyah dkk (2011):

1) pastikan ibu hamil atau tidak, bila tidak hamil perlu tindakan khusus

R/ jika pasien hamil berarti adalah kegagalan KB

2) Bila amenorea berlanjut atau hal tersebut membuat klien khawatir, Rujuk ke klinik

R/ mendapatkan playanan ke klinik

3) Bila hamil, hentikan pil dan kehamilan dilanjutkan.

R/ Mini pil dapat menimbulkan kelainan jika dikomsumsi saat hamil.

4) Jangan memberikan obat-obata hormonal untuk menimbulkan haid. Kalaupun diberikan tidak akan ada gunannya

5) R/ dengan memberikan obat hormonal dapat mempengaruhi proses menstruasi

6) Bila klien tetap saja tidak menerima kejadian tersebut, perlu dicari metode kontrasepsi lain.

R/ memberikan kenyamanan pada klien

dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya.

**b. Masalah 2: Pusing**

Tujuan: Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya

kriteria: Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Saifuddin (2010):

1) Kaji keluhan pusing pasien

R/ Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri

**d. Masalah 3:** kenaikan berat badan

tujuan : Berat badan normal

kriteria : BB sesuai dengan indek masa tubuh

intervensi menurut Dyah dkk, (2011) antara lain:

1) Jelaskan pada bu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan

R/ Ibu dapat mengerti penyebab kenaikan berat badannya

2) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ Mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan melakukukan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi

4) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB Hormonal

R/ Memberikan kenyamanan pada akseptor KB

**d.masalah 4:** Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010) adalah:

1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah



R/ Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/spotting

- 2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

**e. masalah 5:** Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan , ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Dyah (2010):

- 1) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada penggunaan AKDR terutama dalam beberapa bulan pertama

R/ proses pemasangan AKDR sedikit melukai pors, apabila klien memiliki riwayat anemia maka dalam proses pembukaan darah akan sedikit sulit.

- 2) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan.

R/ mengetahui penyebab perdarahan.

3) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroid anti-inflamatori (NSAID), seperti ibuprofen selama 5-7 hari

R/ Pemberian NSAID dalam meringankan nyeri dan mencegah perdarahan

4) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR

R/ Memberikan kenyamanan pada pengguna akseptor KB

#### **IV. Implementasi**

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi rujukan (Kepmenkes RI, 2009) dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (informasi)
3. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*.
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip mencegah infeksi.

7. Mengikuti perkembangan klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan memadai
9. Melakukan tindakan sesuai standart
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

## **V. Evaluasi**

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

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan dengan standart.

## **VI. Dokumentasi**

Menurut Kepmenkes RI (2009), evaluasi ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP, yaitu sebagai berikut:

- S** :Data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- O** :Data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.

**A** :Hasil analisa, mencatat diagnosa dan analisis kebidanan

**P** :Penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan Dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. langkah implementasi, evaluasi dan dokumentasi di atas berlaku/dilakukan juga untuk semua asuhan kebidanan pada bersalin, asuhan kebidanan pada nifas, asuhan kebidanan pada neonatus dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

