

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

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

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

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi tiga triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai tiga bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai enam bulan, dan triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai bulan ke Sembilan (Prawirohardjo, 2014).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2016).

## B. Etiologi

### 1. Ovum (sel telur)

Ovum adalah suatu sel dengan diameter  $\pm 0,1$  mm yang terdiri dari suatu nucleus yang terapung-apung dalam vitelus dilingkari oleh zona pellusida oleh komosom radiate.

### 2. Spermatozoa

Berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti, leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak cepat.

### 3. Konsepsi

Konsepsi adalah suatu peristiwa penyatuan antara sperma dan ovum di tuba fallopi.

### 4. Nidasi

Merupakan masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

### 5. Plasentasi

Plasentasi adalah yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya.

Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan :

- a) Triwulan I antara 0-12 minggu
- b) Triwulan II antara 12-28 minggu
- c) Triwulan III antara 28-40 minggu (Mochtar, 2010).

## C. Tanda Dan Gejala Kehamilan

### 1. Tanda kemungkinan kehamilan

- a. Perut membesar
- b. Uterus membesar terjadi perubahan bentuk, besar dan konsistensi Rahim.
- c. Tanda hegar ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan manual pada saat kehamilan usia 4 sampai 6 minggu.
- d. Tanda *chadwick* perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina, dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
- e. Tanda *piskacek* pembesaran dan pelunakan Rahim ke salah satu sisi Rahim yang berdekatan dengan tuba uterine. Biasanya tanda ini ditemukan di usia 7 sampai 8 minggu.
- f. Kontraksi-kontraksi kecil uterus jika dirangsang (*Braxton Hick*).
- g. Teraba *ballotement*.
- h. Reaksi kehamilan positif (Mochtar, 2011).

### 2. Tanda tidak pasti kehamilan

- a. *Amenorea* (berhenti menstruasi)

Amenorrhea dialami oleh semua wanita hamil, tetapi amenorrhea ini terjadi pula pada keadaan yang lain seperti : wanita yang mengalami gangguan emosi, penyakit kronis

seperti : *tuberculosis* (TBC), anemia, gangguan fungsi ovarium.

b. Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Morning sickness sering terjadi pada pagi hari, biasanya terjadi pada bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama, bila terjadi mual dan muntah berlebihan/terlalu sering maka disebut hyperemesis gravidarum (Putranti, 2018).

c. Ada bercak darah dan kram

Implantasi atau menempelnya embrio kedinding ovulasi atau lepasnya sel telur matang dari Rahim mengakibatkan adanya bercak darah dan kram, hal ini merupakan keadaan normal (Andini, 2018).

d. Ngidam (menginginkan makananan)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam, ngidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Hani dan Ummi, 2010).

e. *Syncope* (pingsan)

Iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan terjadi karena adanya gangguan sirkulasi ke daerah kepala. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat

yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu (Hani dan Ummi, 2010).

f. Lelah (*fatigue*)

Menurunnya basal metabolic rate (BMR) dalam trimester pertama kehamilan menyebabkan lelah (*fatigue*). Dengan meningkatnya aktifitas metabolic produk kehamilan (janin) sesuai dengan berlanjutnya usia kehamilan, maa rasa lelah yang terjadi selama trimester pertama akan berangsur-angsur menghilang dan kondisi ibu hamil akan menjadi lebih segar (Romauli, 2011).

g. Payudara menjadi peka

Peningkatan produksi hormone estrogen dan progesterone menyebabkan Payudara menjadi sensitive, lebih lunak, gatal dan berdenyut seperti kesemutan dan jika disentuh terasa nyeri (Andini, 2018).

h. Sering berkemih

Sering buang air kecil karena pembesaran rahim menekan kandung kemih. Keadaan ini tidak menjadi tanda yang pasti sebab dapat juga disebabkan oleh hal ini.

i. Kostipasi atau obtipasi

Peristaltic usus (tonus otot menurun) dapat terhambat karena pengaruh progesterone sehingga kesulitan BAB (Sunarsih, 2011).

j. Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi :

a) Sekitar pantat dan paha atas : terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut (Hani dkk, 2010).

b) Sekitar payudara : terbentuk areola sekunder disebabkan oleh hiperpigmentasi areola mammae. Pigmentasi areola ini berbeda pada setiap wanita. Selain itu, kelenjar montgometri menonjol dan pembuluh darah menipis sekitar payudara.

c) Sekitar leher : tampak lebih hitam

Dinding perut : *livide gravidarum* (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), *striae nigra*, *linea alba* menjadi lebih hitam (*linea grisea/nigra*). Adanya striae gravidarum yang dibentuk akibat serabut-serabut elastik dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus dan mengakibatkan rasa gatal (Hani dkk, 2010).

d) Sekitar pipi : *cloasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher) (Kumalasari, 2015).

e) Epulis

Hipertrofi papilla gignivae merupakan epulis. Hal ini sering terjadi pada triwulan pertama (Romauli, 2011).

### 3. Tanda Pasti Kehamilan

- a. Terdengar Denyut Jantung Janin (DJJ), yang baru timbul setelah kehamilan lanjut diatas 4 bulan. Jika dengan ultrasound bunyi jantung janin dapat didengar pada kehamilan 12 minggu.
- b. Gerakan janin terasa.
- c. Terlihat adanya kantong kehamilan pada pemeriksaan USG.
- d. Terlihat adanya rangka janin pada pemeriksaan rontgen (Sunarti, 2013).

#### **D. Perubahan Anatomi Dan Fisiologi Kehamilan**

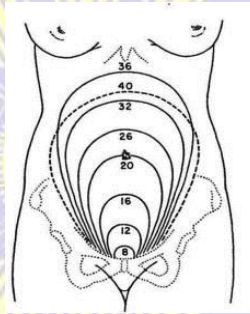
##### 1. Sistem Reproduksi

###### a. Uterus

Selama kehamilan uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta dan cairan amnion, rata-rata pada akhir kehamilan volume air ketuban mencapai 5 sampai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 g, sedangkan pada perempuan tidak hamil berat uterus 70g dengan kapasitas 10 ml atau kurang. Pada awal kehamilan penebalan uterus di stimulaikan oleh hormone estrogen dan sedikit hormone proesteron, posisi plasenta dapat mempengaruhi penebalan sel-sel otot uterus, dimana uterus mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat

dibandingkan bagian lainnya sehingga akan menyebabkan uterus tidak rata yang disebut dengan tanda pascaseck.

Tanda hegar adalah Isthimus uteri pada minggu pertama mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri yang mengakibatkan istmus menjadi lebih panjang dan lunak. Sejak trimester pertama kehamilan uterus akan mengalami kontraksi yang tidak teratur dan umumnya tidak disertai nyeri. Pada trimester kedua kontraksi ini dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual atau biasa disebut dengan Braxton hicks (Saifudin, 2010).



Gambar 2.1

TFU menurut Umur Kehamilan

Sumber : <https://oshigita.files.wordpress.com/2013/10/tfu2.jpg>



Tabel 2.1  
Tinggi Fundus Uteri Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	Tiga jari diatas sympisis
20 minggu	Tiga jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	Tiga jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat dengan prosesus xifoid
36 minggu	Setinggi prosesus xifoid
40 minggu	Dua jari dibawah prosesus xifoid

Sumber : (Kumalasari, 2015)

Tabel 2.2  
Tafsiran Berat Janin Sesuai Usia Kehamilan

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

Sumber : (Bobak, 2009)

Rumus tafsiran berat janin, Rumus Johnson adalah sebagai berikut :

$$TBJ = (TFU-N) \times 155$$

Keterangan :

TBJ = Tafsiran Berat Janin

TFU = Tinggi Fundus Uteri

N= 11 Bila kepala belum masuk PAP

12 bila kepala sudah masuk PAP

b. Serviks Uterus

Dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lunak yang disebut dengan tanda goodle. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus, karena penambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livide yang disebut tanda *Chadwick* (Putranti, 2018).

c. Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi berhenti dan pematangan folikel-folikel baru ditunda. Pada wanita hamil biasanya hanya satu korpus luteum yang ditemukan. Struktur ini berfungsi maksimal selama 6-7 minggu pertama kehamilan, 4-5 minggu pasca evolusi dan setelah itu tidak banyak berkontribusi dalam produksi progesterone (Andina, 2018).

d. Tuba Uterina

Selama kehamilan otot-otot tuba uterina hanya sedikit mengalami hipertrofi. Namun, epitel mukosa tuba menjadi agak mendatar. Kemungkinan terbentuk sel-sel desidua di *stroma endosalping*, tetapi tidak terbentuk membran desidua yang kontinu. Meskipun sangat jarang, peningkatan uterus yang hamil, terutama jika terdapat kista paratuba atau ovarium, dapat menyebabkan resiko tube uterine (Andina, 2018).

e. Vagina dan Vulva

Terjadinya perubahan karena pengaruh progesteron akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina atau porsio serviks disebut tanda Chadwick (Putranti, 2018).

f. Payudara (*mamae*)

Selama kehamilan payudara terasa penuh, terasa geli, berat dan peningkatan sensitivitas mukai timbul yaitu sejak minggu ke enam gestasi. Sensitifitas bervariasi mulai dari timbul rasa nyeri ringan sampai nyeri yang tajam, terjadi hiperpigmentasi pada putting susu dan areola *mamae*, warna merah sekunder pada areola, dan puting susu menjadi lebih erektal (Marmi, 2011).

g. Sistem Endokrin

1) Aliran darah ke kulit

Dengan meningkatnya aliran darah ke kulit selama kehamilan berfungsi untuk mengeluarkan kelebihan panas yang terbentuk karena meningkatnya metabolisme.

2) Dinding abdomen

Pada pertengahan kehamilan sering terbentuk alur-alur kemerahan yang sedikit cekung di kulit abdomen, kadang kulit payudara dan paha. Hal ini disebut *striae gravidarum* atau *striae marks*. pada wanita multipara, selain *striae* kemerahan

akibat kehamilan yang sedang dikandung, sering tampak garis-garis putih keperakan yang mencerminkan *sikatriks* dari *striae* lama. Kadang otot dinding abdomen tidak dapat menahan tegangan yang mengenainya.

### 3) Perubahan vaskuler

Angioma yang disebut vaskuler ini bermanifestasi sebagai tongolan-tonjolan kecil merah dikulit, terutama di wajah, leher, dada atas dan lengan serta jari-jari menjulur keluar dari bagian tengah lesi. Keadaan ini sering disebut nevus, angioma atau telangiektasia. Angioma terbentuk pada sekitar dua pertiga wanita kulit putih dan sekitar 10 persen wanita kulit hitam. eriteme pulmaris ditemukan selama kehamilan pada sekitar dua pertiga wanita kulit putih dan sepertiga wanita kulit hitam. Kedua keadaan ini tidak memiliki makna klinis dan hilang pada sebagian besar wanita segera setelah persalinan. Perubahan vaskuler ini kemungkinan besar merupakan konsekuensi *hiperstromenemia*.

### 4) Hiperpigmentasi

Hiperpigmentasi biasanya lebih mencolok pada mereka yang berkulit gelap. Garis tengah kulit abdomen (*linea alba*) mengalami pigmentasi, sehingga warnanya berubah menjadi hitam kecoklatan (*linea nigra*). Kadang muncul bercak-bercak kecoklatan ireguler dengan berbagai ukuran diwajah

dan dileher, menimbulkan *kloasma* atau *melasma gravidarum*. Hiperpigmentasi ini terjadi pada hampir 90 persen wanita (Fiitriani, 2018).

h. Kardiovaskuler

Jumlah darah yang dipompa oleh jantung selama kehamilan pada setiap menitnya atau yang biasa disebut sebagai curah jantung (*cardiac output*) meningkat sampai 30-50%. Yang terjadi pada usia kehamilan 6 minggu dan mencapai puncaknya pada usia kehamilan 16-28 minggu. Curah jantung yang meningkat (dalam keadaan normal 70x/menit menjadi 80-9-x/menit). Pada ibu hamil dengan penyakit jantung, ia dapat jatuh dalam keadaan *decompensate cordis*. Setelah mencapai kehamilan 30 minggu .dengan adanya pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung menyebabkan curah jantung agak menurun. Selama persalinan curah jantung meningkat sebesar 30%, setelah persalihan curah jantung menurun sampai 15-25% di atas batas kehamilan, dan secara perlahan kembali ke batas kehamilan. Peningkatan curah jantung selama kehamilan kemungkinan terjadi karena adanya perubahan dalam aliran darah ke rahim. Darah lebih dikirim ke rahim ibu disebabkan oleh janin yang terus tumbuh. Pada akhir usia kehamilan, rahim menerima seperlima dari seluruh darah (Sulistyawati, 2012).

i. Sistem Perkemihan

1) Ginjal

Dengan menggunakan radiografi, Bailey dan Rolleston (1971) dikutip dari Fitriani (2018:76) melaporkan bahwa ginjal 1,5 cm lebih panjang pada awal nifas, dibandingkan dengan 6 bulan kemudian. Laju filtrasi glomerulus (LFG, Glomerular Filtration Rate) dan aliran plasma ginjal meningkat pada awal kehamilan LFG meningkat hingga 25 persen pada minggu kedua setelah konsepsi dan 50 persen pada triwulan kedua. Sehingga pada sistem kemih ditemukan sejumlah perubahan nyata akibat kehamilan. Aliran plasma ginjal bahkan meningkat lebih besar. Peningkatan filtrasi glomerulus menetap sampai aterm, meskipun aliran plasma ginjal berkurang selama kehamilan tahap akhir. Sekitar 60% wanita mengalami peningkatan berkemih selama kehamilan, terutama akibat meningkatnya LPG.

2) Ureter

Setelah keluar dari panggul, uterus bertumpu pada ureter, menggesernya lateral dan menekannya di tepi panggul menyebabkan tonus intraureter meningkat. Pada 86% wanita ureter dapat sangat melebar dan pembesaran ini lebih nyata disisi kanan. Dilatasi tak setara ini dapat disebabkan

oleh efek bantal yang dihasilkan oleh kolon sigmoid bagi ureter kiri dan mungkin pada penekanan ureter kanan yang lebih besar akibat *dekstrorotasi* uterus. Kompleks vena ovarium kanan, yang sangat melebar selama kehamilan, terletak oknlik diatas ureter kanan dan mungkin berperan besar menyebabkan dilatasi ureter kanan.

### 3) Kandung Kemih

Selama 12 minggu terjadi perubahan anatomis dikandung kemih, namun sejak waktu ini dengan bertambahnya tekanan uterus, terjadi hiperperemia yang mengenai semua organ panggul, dan tumbuh hiperplasia otot dan jaringan ikat kandung kemih, maka intraureternya menebal atau trigobum vesika terangkat dan tepi posterior. Dengan berlanjutnya proses ini hingga akhir kehamilan menyebabkan trigonum menjadi lebih dalam dan lebar. Tidak terjadi perubahan mukosa selain peningkatan ukuran dan lika-liku pembuluh darah (Fitriani, 2018).

### 4) Sirkulasi darah

Pengenceran darah (hemodelusi) terjadi akibat volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah. Sel darah merah makin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin di dalam rahim, namun penambahan sel

darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah sehingga terjadi hemodelusi yang disertai dengan anemia fisiologis (Manuaba, 2010).

#### 5) Sistem muskuloskeletal

Pada masa kehamilan wanita membutuhkan kira-kira sepertiga lebih banyak kalsium dan fosfor, dengan mengonsumsi makanan seimbang kebutuhan tersebut akan terpenuhi. Saliva yang asam saat hamil membantu aktivitas penghancuran bakteri email yang menyebabkan karies. Postur tubuh wanita mengalami perubahan secara bertahap karena janin membesar bertahap dalam rahim. Untuk mempertahankan tubuh sebagai kompensasi bahu tertarik ke belakang tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur, dapat menyebabkan nyeri punggung. Masalah umum pada wanita hamil yaitu kram pada otot kering yang penyebabnya belum diketahui mungkin terkait dengan metabolisme kalsium dan fosfor, kurangnya ekskresi sisa metabolisme otot atau postur yang tidak seimbang (Sunarti, 2013).



## E. Perubahan Psikologi Pada Ibu Hamil

Berikut ini merupakan perubahan psikologi berdasarkan trimester yaitu :

### 1. Trimester I

- a. Ibu merasa dirinya tidak sehat dan kadang ibu benci dengan kehamilannya.
- b. Terkadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan ibu kadang berharap agar dirinya tidak hamil.
- c. Untuk meyakinkan dirinya ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar hamil.
- d. Setiap terjadi perubahan terhadap dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
- e. Pada trimester ini perutnya belum besar, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukan pada orang lain atau dirahasiakan.
- f. Kebanyakan hasrat untuk melakukan hubungan seksual mengalami penurunan, namun hasrat ini berbeda-beda pada setiap wanita (Romauli, 2011).

### 2. Trimester II

- a. Pada trimester ini ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi.
- b. Ibu sudah bisa menerima dengan kehamilannya.

- c. Gerakan bayi mulai dirasakan
  - d. Merasa terlepas dari kekhawatiran dan ketidaknyamanan.
  - e. Libido meningkat.
  - f. Menuntut cinta dan perhatian.
  - g. Ibu merasa bahwa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya.
  - h. Terjadi peningkatan hubungan sosial dengan wanita hamil lainnya atau orang lain yang baru menjadi ibu.
  - i. Aktifitas dan ketertarikan ibu berfokus pada kehamilan, kelahiran serta persiapan untuk peran sebagai ibu (Romauli, 2011).
3. Trimester III
- a. Timbul kembali rasa tidak nyaman, merasa dirinya aneh, jelek dan tidak menarik.
  - b. Merasa tidak senang ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
  - c. Timbul rasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik pada saat melahirkan, serta khawatir akan keselamatannya.
  - d. Merasa khawatir akan bayi yang dilahirkan dalam keadaan tidak normal, dan bermimpi yang mencerminkan perhatian serta kekhawatiran.
  - e. Merasa kehilangan perhatian
  - f. Merasa sedih karena terpisah dengan bayinya
  - g. Merasa kehilangan perhatian

- h. Perasaan sudah terluka (sensitif)
- i. Libido menurun (Romauli, 2011).

## **F. Kebutuhan Pada Ibu Hamil**

### 1. Nutrisi

#### a. Protein

Protein sangat dibutuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, uterus dan plasenta. Selain itu protein sebagai pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin dll). Bagi wanita hamil, 0,9 gram/kgBB/hari adalah jumlah ideal protein yang dikonsumsi tetapi selama kehamilan dibutuhkan tambahan protein hingga 30 gram/hari. Protein yang dianjurkan ialah protein hewani meliputi daging, susu, telur, keju dan ikan karena mengandung komposisi asam amino yang lengkap (Yeni dkk, 2013).

#### b. Kalori

Kebutuhan energi seorang wanita selama kehamilan meningkat energi ini digunakan untuk pertumbuhan janin, pertumbuhan plasenta, pembuluh darah, dan jaringan yang baru. Selain itu kalori juga dibutuhkan sebagai tenaga untuk proses metabolisme jaringan baru.

Tubuh ibu hamil memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut berarti setiap harinya ibu

hamil membutuhkan sekitar 300 kalori tambahan (Gusti A, 2016).

c. Zat besi

Perlu ditekankan kepada ibu hamil untuk mengonsumsi zat besi selama hamil dan setelah melahirkan, karena anemia sebagian besar disebabkan oleh defisiensi zat besi. Kebutuhan zat besi selama kehamilan meningkat sebesar 300% atau 1.040 mg selama hamil dan ditunjang dengan suplemen zat besi karena peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu hamil selama hamil.

Pemantauan konsumsi zat besi juga diikuti dengan pemantauan cara minum yang benar karena hal ini dapat mempengaruhi efektifitas penyerapan Zat besi. Elemen yang sangat membantu dalam penyerapan zat besi adalah vitamin C dan protein hewani, sedangkan yang dapat menghambat penyerapan zat besi adalah kopi, teh, garam kalsium, magnesium dan fitat (terkandung kacang-kacangan) (Sulistyawati, 2012).

d. Asam folat

Pemegang peranan penting untuk perkembangan embrio yaitu asam folat yaitu vitamin B. Yang diperlukan oleh tubuh untuk membentuk timidin menjadi komponen DNA adalah asam folat. selain itu, asam folat juga dapat meningkatkan

eritopoiesis (produksi sel darah merah). Kelahiran tidak cukup bulan, (prematuur), bayi berat lahir rendah (BBLR) dan pertumbuhan janin yang tidak optimal merupakan penyebab kekurangan asam folat. Konsumsi asam folat 400  $\mu$  folat disarankan untuk ibu hamil. Asam folat dapat di dapatkan dari Suplementasi asam folat, sayuran berwarna hijau, jus jeruk, buncis, kacang-kacangan dan roti gandum (Gusti A, 2016).

e. Kalsium

Metabolisme kalsium selama kehamilan mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar kalsium dalam darah turun sebanyak 5% pada ibu hamil. Oleh karena itu asupan yang optimal perlu dipertimbangkan. Susu, udang, sarang burung, sarden dalam kaleng, dan beberapa makanan nabati, seperti sayuran warna hijau tua dan lain-lain merupakan sumber utama kalsium (Ari Sulistyawati, 2012).

Tabel 2.3  
Kecukupan gizi pada ibu hamil

Zat Gizi	Kebutuhan penambahan untuk ibu hamil	Contoh Jenis Makanan
Energy	285 kkal	Nasi, roti, ubi, jagung, kentang, tepung dll.
Protein	12 gram	Daging, ikan, telur, ayam, tahu, tempe.
Vitamin A	200 RE/i.u	Kuning telur, hati, sayuran dan buah hijau dan kuning kemerahan.
Kalsium	500 mg	Susu, ikan teri, sayuran hijau dan kacang-kacangan.
Vitamin B1	0,2 mg	Biji-bijian, padi-padian. Kacang-kacangan, daging.
Vitamin B2	0,2 mg	Hati, telur, sayuran, kacang.
Nitisan	1 mg	Hati, daging, ikan, biji-bijian, kacang-kacangan.
Zat Besi	10 mg	Sayuran, buah-buahan.
Vitamin C	30 mg	Daging, hati, sayuran hijau, bayam, kangkung, daun katuk.

Sumber : (Kusmiyati Dkk, 2013)

## 2. Oksigen

Kebutuhan manusia termasuk ibu hamil yang utama adalah kebutuhan oksigen. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi pada saat hamil

sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu, sehingga akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut maka untuk memenuhi kebutuhan oksigen pada ibu hamil diperlukan :

- a. Latihan nafas melalui senam hamil
- b. Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- c. Makan tidak terlalu banyak
- d. Kurangi atau hentikan merokok
- e. Bila ada keluhan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain segera konsul ke dokter
- f. Untuk meningkatkan *perfusi uterus* dan *oksigen fetoplasenta* dengan mengurangi tekanan pada vena *asenden (hiptensi supine)* dianjurkan untuk melakukan posisi miring kiri (Romauli, 2011).

### 3. *Personal Hygiene*

Pada masa kehamilan kebersihan harus dijaga, dianjurkan mandi sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah dada, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Yang perlu dapat perhatian adalah kebersihan gigi dan mulut karena sering kali mudah terjadi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi (Romauli, 2011).

#### 4. Pakaian

Pakaian apa saja pada dasarnya bisa dipakai, baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, serta bahan yang mudah menyerap keringat. Ada dua hal yang harus diperhatikan dan dihindari yaitu : sabuk dan stoking yang terlalu ketat karena akan mengganggu aliran balik, sepatu dengan hak tinggi akan menambah lordosis sehingga akan menambah sakit pingang. Payudara perlu ditopang dengan BH yang memadai untuk mengurangi rasa tidak nyaman karena pembesaran dan kecenderungan menjadi pendulans (Romauli, 2011).

#### 5. Seksual

Coitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, selama kehamilan berjalan dengan normal, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang persalinan. Coitus tidak dibenarkan apabila terdapat perdarahan pervaginam, terdapat riwayat abortus berulang, abortus atau partus prematurus imminens, ketuban pecah, serviks telah membuka. posisi senggama wanita diatas, sisi dengan sisi, dapat menghindari tekanan pada perut dan waniat dapat mengatur menetrasi penis (Yuni dkk, 2013).

#### 6. istirahat dan tidur

Pada saat hamil, ibu hamil akan merasa letih pada beberapa minggu awal kehamilan atau beberapa minggu terakhir ketika ibu hamil menanggung beban berat yang bertambah. Oleh karena itu, ibu hamil



memerlukan istirahat dan tidur semakin sering dan banyak. Istirahat merupakan keadaan yang tenang, relaks tanpa tekanan emosional, dan bebas dari kegelisahan. Ibu hamil memerlukan istirahat kurang lebih 8 jam untuk malam hari, sedangkan untuk siang hari kurang lebih 2 jam dengan kaki ditempatkan lebih tinggi dari tubuhnya (Mandriwati dkk. 2016).

## **G. Masalah pada kehamilan**

### 1. Trimester I

#### a. Mual dan muntah (*moring sickness*)

Terjadi pada awal kehamilan, yang timbul pada pagi hari yaitu saat perut kosong. Penyebabnya belum diketahui secara pasti, kemungkinan timbul dari perubahan hormonal. Rasa mual dan muntah ini dapat kita jumpai pada 50-70% kehamilan (Hutahaean S, 2013).

cara mengatasi yaitu dengan menghindari perut kosong atau penuh, makan-makanan tinggi karbohidrat (biscuit), makan dengan porsi sedikit tapi sering, hirup udara segar, pastikan cukup udara di dalam rumah (Kusmiyati dkk, 2010).

#### b. Payudara nyeri, pengeluaran colostrum dan hiperpigmentasi

Penyebabnya adalah :

- 1) Stimulasi hormone yang menyebabkan pigmentasi
- 2) Peningkatan hormone progesterone, estrogen, somatomamotropin, prolactin dan melano stimulating hormone

- 3) Adanya peningkatan pembentukan pembuluh darah (vaskularisasi)

Cara mengatasi:

- 1) Gunakan bra yang menyangga besar dan berat payudara
- 2) Pakai nipple pad (bantalan) yang dapat menyerap kolostrum
- 3) Jika bra kotor segera ganti, gunakan air hangat saat membersihkan payudara dan jaga agar tetap kering (Kusmiyati, 2010).

c. Pusing atau sakit kepala

Penyebab :

- 1) Akibat kontraksi otot/spema otot (leher, bahu dan penegangan pada kepala), serta kelelahan
- 2) Perubahan dinamika cairan syaraf

Cara mengatasi :

- 1) Teknik relaksasi
- 2) Massase leher dan otot bahu
- 3) Penggunaan kompres panas atau es pada leher
- 4) Istirahat
- 5) Mandi air hangat (Kusmiyati, 2010).

d. Keputihan

Penyebab :

- 1) Peningkatan pelepasan epitel vagina akibat peningkatan pembentukan sel-sel

- 2) Peningkatan produksi lendir akibat stimulasi hormonal pada leher rahim

Cara mengatasi :

- 1) Jangan membilas bagian dalam vagina
- 2) Kenakan pembalut wanita
- 3) Jaga kebersihan alat kelamin
- 4) Jika terjadi gatal, bau busuk atau perubahan sifat dan warna segera laporkan ke tenaga kesehatan (Kusmiyati, 2010).

e. Gingivitis dan epulis (peradangan pada gusi)

Penyebab :

Peningkatan pembuluh darah pada gusi dan peningkatan pembentukan gusi

Cara mengatasi :

- 1) Perbanyak makan sayur, buah dan makan menu seimbang dengan protein cukup
- 2) Menjaga kebersihan gigi, gosok gigi dengan sikat yang lembut (Kusmiyati, 2010).

2. Trimester II

a. Anemia

Berkurangnya nutrisi, zat besi, asam folat, serta hemoglobinopati. Penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi hal tersebut antara lain pemberian zat besi, Vitamin

C, pemberian diet, mencukupi kebutuhan nutrisinya, dengan istirahat yang cukup (Hutahean, 2010).

b. Hemoroid

Penyebab :

- 1) Tekanan yang meningkat dari uterus
- 2) Progesterone menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar

Cara mengatasi :

- 1) Kompres hangat atau mandi air hangat, karena air panas tidak hanya memberikan kenyamanan tapi juga meningkatkan sirkulasi
- 2) Istirahat ditempat tidur dengan panggul diturunkan dan dinaikkan

c. Konstipasi

Penyebab :

- 1) Peristaltic usus menjadi lambat karena peningkatan kadar progesterone
- 2) Penyerapan air dari kolon meningkat
- 3) Efek samping dari penggunaan suplemen zat besi

Cara mengatasi :

- 1) Intake cairan ditingkatkan, minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)
- 2) Istirahat cukup

3) Membiasakan BAB secara teratur

4) BAB segera setelah ada dorongan

d. Sering miksi

Penyebab :

1) Adanya tekanan pada vesika urinaria oleh pembesaran uterus sehingga bentuk vesika urinaria berubah dan akhirnya vesika urinaria cepat penuh dan timbul rangsangan untuk BAK

Cara mengatasi :

- 1) Tidak minum 2-3 jam sebelum tidur
- 2) Sesaat sebelum berangkat tidur kosongkan kandung kemih
- 3) Agar kebutuhan cairan ibu tetap terpenuhi perbanyak minum pada siang hari
- 4) Jangan kurangi minum pada malam hari kecuali jika nocturia mengganggu tidur dan menyebabkan kelelahan
- 5) Batasi minum bahan alamiah seperti kopi, teh dll

e. Insomnia

Penyebab :

- 1) Perasaan gelisah, kuatir ataupun bahagia
- 2) Ketidaknyamanan fisik seperti membesarnya uterus, pergerakan janin, bangun ditengah malam karena nocturia, dyspnea, heart burn, sakit otot, stress dan cemas

Cara mengatasi :

- 1) Gunakan teknik relaksasi
- 2) Mandi air hangat
- 3) Minum-minuman hangat sebelum pergi tidur
- 4) Melakukan aktifitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur

f. Heart burn

Penyebab :

- 1) Perubahan hormone menyebabkan keadaan sesak dalam perut dan meningkatnya keasaman perut
- 2) Ruang fungsi lambung hilang karena tempatnya digantikan dan ditekan oleh pembesaran uterus

Cara mengatasi :

- 1) Makan sedikit tapi sering
- 2) Hindari makanan lemak terlalu banyak, makanan yang digoreng atau makanan yang berbumbu merangsang
- 3) Kaki ditinggikan saat tidur
- 4) Hindari berbaring setelah makan

Hindari obat antacid yang terbuat dari bahan lain selain kalsium (Kusmiyati, 2010).

### 3. Trimester III

#### a. Sesak nafas

Penyebab :

- 1) Adanya tekanan paru ibu karena bayi yang berada di bawah diafragma

Cara mengatasi :

- 1) Mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi
- 2) Secara periodik berdiri dan merentangkan lengan serta menarik nafas panjang

#### b. Edema

Penyebab :

- 1) Pengaruh hormone menyebabkan peningkatan kadar sodium
- 2) Kogesti sirkulasi pada ekstremitas bawah
- 3) Tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk atau pada kafa inferior ketika berbaring

Cara mengatasi :

- 1) Hindari posisi berbaring terlentang
- 2) Hindari posisi berdiri untuk waktu yang lam, istirahat dengan berbaring ke kiri dengan kaki agak ditegakkan
- 3) Hindari duduk dengan kaki menggantung

c. Kram kaki

Penyebab :

- 1) Kekurangan asupan kalsium
- 2) Pembesaran uterus , sehingga memberikan tekanan pada dasar pelvic dengan demikian dapat menurunkan sirkulasi darah dari tungkai bagian bawah

Cara mengatasi :

- 1) Minum susu tinggi kalsium
- 2) Berlatih dorso fleksi pada kaki untuk meregangkan otot yang terkena kram

Gunakan penghangat untuk otot (Kusmiyati, 2010).

d. Pegal-pegal

Akibat dari Ibu hamil kekurangan kalsium atau karena ketegangan otot menyebabkan ibu sering mengalami pegal-pegal. Pada kehamilan trimester ketiga ini dapat dikatakan ibu membawa beban yang berlebih seiring peningkatan berat badan bayi di dalam rahim. Otot-otot tubuh yang mengalami pengenduran sehingga mudah merasa lelah.

Cara mengatasi :

- 1) Hindari sepatu atau sandal hak tinggi
- 2) Hindari mengangkat beban berat
- 3) Gunakan kasur yang keras untuk tidur



4) Untuk meluruskan punggung gunakan bantal waktu tidur

5) Hindari tidur terlentang terlalu lama karena dapat menyebabkan sirkulasi darah menjadi terhambat

(Kusmiyati, 2010).

e. Sering buang air kecil

Pada trimester ketiga ketidaknyamanan lainnya yang sering muncul adalah seringnya buang air kecil (BAK).

Janin yang sudah sedemikian membesar menekan kandung kemih ibu akibatnya, kapasitas kandung kemih terbatas, sehingga ibu ingin sering BAK (Kusmiyati, 2010).

## **H. Tanda bahaya kehamilan**

### **1. Tanda bahaya pada kehamilan muda**

#### **a. Perdarahan pervaginam**

Perdarahan pervaginam pada ibu hamil dapat disebabkan oleh abortus, kehamilan ektopik atau mola hidatidosa.

Abortus merupakan berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup diluar kandungan. Jenis abortus meliputi :

Abortus immnens, abortus inspiens, abortus incomplitus, abortus komplitus, abortus tertunda (missed abortion),

abortus habitualis, abortus febrilis, kehamialn ektopik. Mola hidatidosa (Kusmiyati, 2010).

b. Hipertensi gravidarum

1) Hipertensi kronik : merupakn hipertensi yang menetap oleh sebab apapun, yang sudah ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, atau hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pasca salin.

2) Superimposed preeklamsi : hipertensi yang sudah ada sebelum kehamilan dan diperberat oleh kehamila (Kusmiyati, 2010).

c. Nyeri perut pada kehamilan muda

Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang. Hal ini mungkin gejala utama pada kehamilan ektopik atau abortus (Kusmiyati, 2010).

2. Tanda bahaya pada kehamilan lanjut

a) Perdarahan pervaginam

Perdarahan antepartum atau perdarahan pada kehamilan lanjut adalah perdarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Perdarahan kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tapi tidak selalu, disertai dengan rasa nyeri.

b) Sakit kepala yang berat atau menetap

Sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang.

c) Penglihatan kabur

Pengaruh hormonal dapat menyebabkan penglihatan kabur, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam kehamilan.

d) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini bisa merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau pre-eklamsia.

e) Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika

Sebelum proses persalinan berlangsung, pecahnya selaput ketuban terjadi pada kehamilan preterm (sebelum kehamilan 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm.

f) Gerakan janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3, normalnya ibu merasakan gerakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.

g) Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang hebat hal ini bisa berarti apendistis, kehamilan ektopik, abortus, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantung empedu, uterus yang iritable, ISK dan infeksi lain (Kusmiyanti, 2010).

### **I. Standar Kunjungan Antenatal**

Pemberian asuhan kebidanan pada saat kehamilan adalah 4 kali datang berkunjung diantaranya :

1. Trimester I 1x kunjungan(usia kehamilan 0-12 minggu)
  2. Trimester II 1x kunjungan (usia kehamilan lebih dari 12-24 minggu)
  3. Trimester III 2x kunjungan (usia kehamilan lebih dari 24 minggu)
- (Kemenkes RI, 2015).

Dalam pemberian asuhan kebidanan menurut kemenkes RI (2015) menggunakan pelayanan antenatal terintegrasi atau terpadu sebagai berikut :

- a. Timbang Berat Badan Ukur Berat Badan

- b. Ukur Tekanan Darah
- c. Nilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas(LILA))
- d. Ukur Tinggi Fundus Uteri
- e. Tentukan Presentasi Janin Dan Denyut Jantung Janin
- f. Skrining Status Imunisasi TT Dan Berikan Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) apabila diperlukan
- g. Berikan Tablet Tambah Darah (Tablet FE)
- h. Pemeriksaan Laboratorium rutin dan khusus (pemeriksaan golongan darah, kadar hemoglobin darah(HB), protein urine, gula darah, darah malaria, tes sifilis, HIV, BTA)
- i. Tatalaksana
- j. Temu wicara  
Temu wicara (konseling) dilakukan setiap kunjungan antenatal sebagai berikut :
  - 1) Kesehatan ibu
  - 2) Perilaku hidup sehat dan bersih
  - 3) Peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
  - 4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
  - 5) Asupan gizi seimbang (Visi dkk, 2018).

## 2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

### A. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan suatu peristiwa yang sangat penting dalam kehidupan wanita. Proses persalinan memiliki arti yang berbeda disetiap wanita, dengan belum adanya pengalaman akan memunculkan kecemasan dan ketakutan berlebih selama proses persalinan. Keadaan ini sering terjadi pada wanita yang pertama kali melahirkan (Wijaya dkk, 2014). Persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan ataupun tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Sulistyowati dkk, 2013).

### B. Jenis persalinan

Persalinan dikelompokkan dalam 4 cara berdasarkan caranya yaitu :

1. Persalinan spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2. Persalinan buatan

Merupakan persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstraksi dengan forceps atau dilakukan operasi *section caesarea*.

3. Persalinan anjuran

Adalah persalinan yang terjadi jika kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan, yaitu

merangsang otot rahim berkontraksi seperti dengan menggunakan prostaglandin dan poticin.

Berdasarkan umur kehamilan dan berat janin yang dilahirkan, persalinan dibedakan menjadi :

1. Abortus

Adalah pengeluaran hasil konsepsi dengan kehamilan kurang dari 22 minggu dan BB kurang dari 500 gram.

2. Imatur

Adalah partus dengan usia kehamilan 22-28 minggu dan BB 500-1000 gram

3. Premature

Adalah partus dengan usia kehamilan 28-37 minggu dan BB 1000-2500 gram

4. Aterm

Adalah partus dengan usia kehamilan 37-40 minggu dan BB 2500 gram atau lebih

5. Posterm atau serotinus

Adalah partus dengan usia kehamilan lebih dari 42 minggu (Prawirohardjo, 2012).

### C. Sebab Terjadinya Persalinan

Sebab terjadinya persalinan diantaranya sebagai berikut :

#### 1. Teori penurunan kadar hormon progesteron

Hormon yang mengakibatkan relaksasi pada otot-otot rahim adalah hormon progesteron, sedangkan hormone yang meningkatkan kerentanan otot rahim adalah hormon esterogen. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara progesteron dan esterogen yang berada di dalam tubuh.

Esterogen memiliki kecenderungan meningkatkan derajat kontraktilitas uterus. Sebaliknya, progesterone menghambat kontraksi selama kehamilan sehingga mencegah ekspulsi fetus. Baik progesteron maupun esterogen disekresikan dalam jumlah yang secara progresif makin bertambah selama kehamilan.

Sekresi esterogen terus meningkat saat kehamilan mulai masuk usia 7 bulan dan seterusnya, sedangkan sekresi progesterone tetap konstan atau mungkin sedikit menurun sehingga terjadi kontraksi brakton hicks saat akhir kehamilan yang selanjutnya bertindak sebagai kontraksi persalinan.

#### 2. Teori Oksitosin

Terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim menjelang proses persalinan sehingga mudah terangsang saat disuntikan oksitosin dan dapat menimbulkan kontraksi, oksitosin di



duga dapat menimbulkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung.

### 3. Teori prostaglandin

Terjadinya permulaan persalinan diakibatkan oleh prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun daerah parifer ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

### 4. Teori plasenta menjadi tua

Kadar esterogen dan progesterone turun akibat dari plasenta yang menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan. Hal ini juga dapat mengakibatkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan dapat menimbulkan kontraksi.

### 5. Distensia rahim

Seperti halnya dengan kandung kemih yang apabila dindingnya meregang karena terdapat urin, demikian pula dengan rahim. Otot-otot rahim akan semakin meregang seiring bertambahnya usia kehamilan. Rahim yang membesar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter kemudian timbulah kontraksi atau his.

### 6. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale (fleksus frangker hauser). Nila ganglion ini di geser dan ditekan, misalnya dengan kepala janin maka akan timbul kontraksi.

## 7. Pengaruh janin

Hipofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anacepalus kehamilan lebih lama dari biasanya (Mutmainnah, 2017).

### D. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :

#### 1. *Power*

*Power* atau tenaga meliputi kekuatan dan reflek meneran.

#### 2. *Passage*

*Passage* atau jalan lahir yang paling penting dalam menentukan proses persalinan adalah pelvis

#### 3. *Pasanger*

*Passanger* adalah janin dan plasenta, yang terdiri dari janin dengan ukuran dan moulage, sikap fetus, letak janin, presentasi fetus dan posisi fetus.

Bidang panggul merupakan bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda dan digunakan untuk menjelaskan proses persalinan, Bidang hodge :

1. Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium.

2. Hodge II : sejajar dengan hodge I setinggi pinggir bawah simfisis

3. Hodge III : sejajar dengan hodge I dan II setinggi *spina ischiadika* kanan dan kiri.
4. Hodge IV : sekitar hodge I, II dan III *setinggi os cocygis* (Sari, 2014).

#### **E. Tanda Mulainya Persalinan**

Persalinan yang sudah dekat ditandai dengan adanya lightning atau settling atau dropping dan terjadi his palsu. Persalinan sendiri ditandai dengan his persalinan, yang memiliki ciri sebagai berikut :

1. Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan
2. His bersifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatannya semakin besar
3. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
4. Semakin beraktifitas (jalan), semakin bertambah kekuatan kontraksinya.

Selain his, persalinan ditandai dengan pengeluaran lender dari kanalis servikalis karena terjadi perubukaan dan pengeluaran darah dikarenakan kapiler pembuluh pembuluh darah pecah.

Persalinan juga dapat disebabkan oleh pengeluaran cairan ketuban yang sebagian besar pecah menjelang pembukaan lengkap dan tanda inpartu, meliputi adanya his, bloody show, peningkatan rasa sakit, perubahan bentuk serviks, pendataran serviks, pembukaan serviks (dilatasi), pengeluaran cairan yang banyak atau selaput ketuban pecah dengan sendirinya (Nurul, 2014).

## **F. Perubahan Fisiologi Pada Ibu Bersalin**

### **1. Tekanan darah**

Selama kontraksi tekanan darah meningkat (kenaikan sistolik rata-rata 15 mmHg dan diastolic 5-10 mmHg). Tekanan darah kembali normal seperti sebelum persalinan di antara kontraksi. Rasa sakit, takut dan cemas dapat juga meningkatkan tekanan darah pada saat persalinan.

### **2. Metabolisme**

Selama persalinan, metabolisme aerob maupun anaerob terus menerus meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan metabolisme tersebut ditandai dengan peningkatan suhu tubuh, nadi, pernafasan, curah jantung, dan kehilangan cairan (Jannah, 2014).

### **3. Suhu**

Selama persalinan sedikit meningkat, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Suhu yang tidak lebih dari 0.5 sampai 1°C dianggap normal, menunjukkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Varney, 2008).

### **4. Perubahan pada ginjal**

Yang sering terjadi selama persalinan adalah polyuria, yang disebabkan oleh kardik output yang meningkat serta glomerulus serta aliran plasma ke renal. Dalam posisi terlentang polyuria tidak begitu terlihat yang mempunyai efek mengurangi aliran urine selama persalinan. Selama persalinan protein urine (+1) merupakan hal yang

wajar, namun protein urine (+2) merupakan hal yang tidak wajar. Keadaan ini sering terjadi pada ibu primipara, anemia, persalinan lama atau kasus pre eklamsi (Nanny, 2011).

#### 5. Perubahan nadi

Dibandingkan sesaat sebelum persalinan frekuensi nadi di antara dua kontraksi lebih meningkat. Dari hal tersebut menunjukkan adanya peningkatan metabolisme yang meningkat pada tubuh (Sulistyowati dkk, 2010).

#### 6. Perubahan saluran cerna

Akibat dari kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang sehingga menyebabkan pencernaan hampir berhenti selama persalinan dan akan menyebabkan terjadinya konstipasi (Nanny, 2011).

#### 7. Perubahan pernafas

Pemakaian oksigen dan peningkatan aktivitas fisik dilihat dari meningkatnya frekuensi pernafasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (Ph meningkat), hipoksia dan hipokapnea ( $\text{CO}_2$  menurun) (Sulistyowati dkk, 2010).

## 8. Perubahan hematologi

Hematologi meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan pada hari pertama pasca partum apabila tidak terjadi kehilangan darah yang abnormal. Selama persalinan waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut. Selama kala satu persalinan hitung sel darah progetif meningkat sebesar kurang lebih 5000 hingga jumlah rata-rata 150000 pada saat pembekuan lengkap, dan tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. Selama persalinan gula darah menurun, menurun drastic pada pada persalinan lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktifitas otot dan ragka (Rohani dkk, 2011).

## G. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan merupakan cara penyesuaian diri dan lewatnya janin melalui panggul ibu. Terdapat 6 gerakan dengan overlapping yang jelas yaitu sebagai berikut :

### 1. Enggament

Enggament atau desensus terjadi sebelum inpartu dan tidak berlanjut sampai awal kala II. Pada multipara engagemen berlangsung bersamaan dengan dilatasi servik. Penyebab terjadinya engagemen atau desensus yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung oleh fundus uteri pada bokong, usaha meneran

ibu, gerakan ekstensi tubuh janin (tubuh janin menjadi lurus). Faktor lain yang menentukan terjadinya desensus yaitu ukuran dan bentuk panggul, posisi bagian terendah janin.

## 2. Penurunan

Penurunan meliputi engagement pada diameter oblique kanan panggul berlangsung terus selama persalinan normal pada waktu janin melalui jalan lahir. Gerakan-gerakan lainnya menyertai penurunan ini.

## 3. Flexi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi fleksi sebagian oleh karena ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Tekanan terhadap penurunan kepala menyebabkan bertambahnya fleksi. Occiput turun mendahului sinciput. UKK lebih rendah dari pada bregma dan dagu janin mendekati dadanya.

## 4. Putaran paksi dalam

Putaran paksi dalam merupakan pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar kedepan kebawah simpisis, pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kearah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu sumber untuk menyesuaikan posisi kepala

dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul (Marmi, 2011).

#### 5. Ekstensi

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

#### 6. Resusitasi

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



## 7. Putar paksi luar

Putar paksi luar kepala sebenarnya adalah manifestasi putar paksi dalam dari pada bahu. Pada bahu mencapai dasar panggul bahu depan yang lebih rendah berputar kedepan di bawah simfisis dan diameter bisacromialis berputar dari diameter oblique ke kiri menjadi diameter anteroposterior panggul. Dengan begini memanjangkan bahu maka diameter bahu dapat sesuai dengan diameter memanjang RBP. Kepala yang telah berputar kembali untuk mengembalikan hubungan normal dengan bahu. Sekarang berputar lagi untuk mempertahankannya (Sri R, 2017).

## H. Tahapan Persalinan

### 1. Persalinan kala 1

Kala 1 atau kala pembukaan berlangsung dari nol (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Untuk primigravida berlangsung 12 jam untuk kala 1, sedangkan sekitar 8 jam untuk multigravida.

Berdasarkan kurva fredman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan multigravida 2 cm/jam. Kala 1 (pembukaan) dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

#### a. Fase laten

- 1) Pembukaan serviks berlangsung lambat
- 2) Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm
- 3) Berlangsung dalam 7-8 jam

b. Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 subfase :

- 1) Periode aselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
- 2) Periode dilatasi maksimal : selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi : pembukaan berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.

2. Persalinan kala 2

Persalinaan kala 2 disebut juga kala “pengusiran”, di mulai dengan pembukaan serviks (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala 2 ditandai dengan :

- a. His terkoordinasi, kuat cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3cm menit sekali
- b. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektorik menimbulkan rasa mengejan
- c. Tekanan pada rectum dan anus terbuka, dan vulva membuka serta perineum meregang.

Persalinan kala 2 dimulai ketika pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) amati tanda gejala kala 2 (Pelatihan Asuhan Persalinan Normal, 2015).

### 3. Persalinan kala 3

Kala 3 atau pelepasan uri merupakan periode yang dimulai bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta seluruhnya sudah dilahirkan. Lama kala 3 pada primigravida dan multigravida hampir sama berlangsung kurang lebih 10 menit.

#### a. Tanda pelepasan plasenta yaitu sebagai berikut :

- 1) Fundus yang berkontak kuat
- 2) Perubahan bentuk uterus dan bentuk cakram menjadi bentuk oval bulat, sewaktu plasenta bergerak ke arah segmen bagian bawah
- 3) Adanya semburan darah dengan tiba-tiba
- 4) Tali pusat bertambah panjang dengan majunya plasenta mendekati intripitus. Tanda ini kadang-kadang terlihat dalam waktu satu menit setelah bayi lahir dan biasanya dalam lima menit (Kumalasari, 2015).

#### b. Mekanisme pelepasan plasenta

Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak berada di dalam uterus, kontraksi uterus akan terus berlangsung dan ukuran rongganya akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran situs penyambungan plasenta. Oleh karena itu situs sambungan tersebut menjadi lebih kecil, plasenta menjadi lebih tebal dan

mengkerut serta memisahkan diri dari dinding uterus (Sulistyawati dkk, 2010).

Cara pelepasan plasenta :

1) Metode ekspulsi scultze

Pelepasan plasenta yang dimulai dari sentral atau bagian tengah sehingga terjadi bekuan retroplasenta. Tanda pelepasan dari tengah ini megakibatkan perdarahan tidak terjadi sebelum plasenta lahir. Perdarahan terjadi setelah plasenta lahir (Widyatun, 2012).

2) Metode ekspulsi maththew-duncan

Ditandai oleh adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahn tidak melebihi 400ml. apabila lebih hal ini patologik. Lebih besar kemungkinan pada implantasi lateral. Apabila plasenta lahir, umumnya otot-otot uterus segera berkontraksi, pembuluh-pembuluh darah akan terjepit dan perdarahan sgera berhenti. Pada keadaan normal akan lahir spontan dalam waktu kurang lebih 6 menit setelah anak lahir lengkap. Berikut adalah prasad untuk mengetahui apakah plasenta sudah lepas atau belum :

(a) Prasad kuthner

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri menekan daerah diatas simfisis.

Bila tali pusat ini masuk ke dalam vagina, itu tandanya plasenta belum lepas dari dinding uterus. Prasat ini hendaknya dilakukan secara hati-hati. Apabila hanya sebagian plasenta terlepas, perdarahan banyak akan dapat terjadi (Damayanti, 2014).

(b) Prasat strassman

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat. Tangan kiri mengetok-ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan ibi berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus (Paula, 2013).

(c) Prasat klien

Wanita tersebut disuruh mengejan. Tali pusat tampak turun kebawah. Bila pengejanannya dihentiakn dan talin pusat masuk kembali kedalam vagina, berarti pasenta belum lepas dari dinding uterus (Trianto, 2016).

4. Kala 4

Pada kala 4 dilakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada waktu 2 jam pertama postpartum.

Observasi yang dilakukan pada kala 4 sebagai berikut :

a. Evaluasi uterus

b. Pemeriksaan dan evaluasi serviks, vagina dan perenium

- c. Pemeriksaan dan evaluasi plasenta, selaput dan tali pusat
- d. Penjahitan kembali luka episiotomi dan lesererasi (jika ada)
- e. Pemantauan dan evaluasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, lokea, perdarahan dan kandung kemih (Mutmainnah, 2017).

## **I. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin**

### **1. Asuhan tubuh dan fisik**

Asuhan yang diberikan sebagai berikut :

- a. Menjaga kebersihan diri
- b. Ibu dianjurkan membasuh sekitar kemaluannya sesudah BAK/BAB dan menjaganya agar tetap kering dan bersih
- c. Mandi di bak/shower menimbulkan rasa santai dan sehat serta sangat menyegarkan.

#### **d. Berendam**

Beberapa wanita memilih untuk melahirkan didalam air dan menggunakan kolam untuk berendam pada kala 1. Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan paling menenangkan. Agar air dapat menutupi abdomen ibu diperlukan bak yang cukup dalam. Hal ini merupakan suatu bentuk hidro terapi dan kegembiraan yang akan meredakan dan membantu kontraksi pada ibu bersalin.

#### **e. Perawatan mulut**

Biasanya nafas ibu yang sedang dalam proses persalinan berbau, bibir kering, pecah-pecah dan tenggorokan kering terutama jika

dalam persalinan selama beberapa jam tanpa cairan oral atau tanpa perawatan mulut. Sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman dan tidak menyenangkan bagi orang lain.

f. Pengisapan

Ibu dalam proses persalinan biasanya banyak mengeluarkan keringat bahkan pada ruang persalinan dapat kontrol suhu terbaik pun akan mengeluh berkeringat pada waktu tertentu. Maka dari itu digunakan kipas angin, atau bisa juga dengan kertas yang dapat digunakan sebagai pengganti kipas.

2. Nutrisi

Hal yang tepat selama persalinan adalah pemberian makan dan minum. Karena dapat memberikan banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi yang menghambat kontraksi atau tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu selama persalinan dan kelahiran bayi anjurkan ibu untuk makan dan minum, anjurkan keluarga selalu menawarkan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan. Namun ibu disarankan untuk tidak mengonsumsi makanan yang bisa menimbulkan bau seperti jengkol dan petai.

Berikut adalah makanan dan minuman yang dianjurkan :

a. Makanan yang dianjurkan

- 1) Sarapan sereal rendah serat
- 2) Nasi tim
- 3) Biskuit

- 4) Yogurt rendah lemak
- 5) Buah segar
- 6) Roti atau roti panggang (rendah serat) yang rendah lemak  
baik diberi selai ataupun madu

b. Minuman yang dianjurkan

- 1) Jus buah-buahan
- 2) Kaldu jernih
- 3) Air mineral
- 4) Minuman yogurt rendah lemak
- 5) Air mineral
- 6) Cairan isotonic

3. Personal hygiene

Menjelang persalinan ibu disarankan untuk menjaga kebersihan diri, manfaatnya adalah sebagai berikut :

- a. Dengan mandi dan membersihkan badan, ibu akan mengurangi kemungkinan adanya kuman yang masuk selama persalinan. Hal ini mengurangi terjadinya infeksi sesudah melahirkan.
- b. Selama menjalani proses persalinan ibu akan merasa nyaman
- c. Untuk mempermudah pejahitan jika ibu di episiotomi maka bulu kemaluan dicukur hanya yang dekat dengan anus yang dibersihkan.



4. Terjadi penekanan pada pleksus sakrum oleh bagian terendah janin selama persalinan sehingga menyebabkan retensi urine maupun sering berkemih. Retensi urine terjadi apabila :

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

Agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi.

Maka dari itu, anjurkan ibu untuk bereliminasi secara minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan katerisasi.

#### 5. Pendamping

Pendamping persalinan bisa dilakukan oleh suami, anggota keluarga atau seseorang yang dipilih ibu yang sudah berpengalaman dalam proses persalinan. Maka dari itu, untuk melakukan peran aktif dalam mendukung ibu anjurkan ibu untuk ditemani seorang

pendamping. Pendamping dapat memberikan dukungan yaitu mengusap keringat, menemani/membimbing ibu jalan-jalan, memberikan minum, mengubah posisi, memijat punggung, kaki atau kepala ibu, menciptakan kekeluargaan dan rasa nyaman, membantu ibu bernafas pada saat kontraksi dan mengucapkan kata-kata yang membesarkan hati dan memberikan pujian pada ibu (Sulistyawati, 2010).

## **J. Penyulit, Kelainan Dan Komplikasi Pada Persalinan**

### **a. Persalinan Lama**

Fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung selama 12 jam atau lebih tanpa kelahiran bayi. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf. Persalinan lama disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu sebagai berikut :

- 1) Ketakutan dan kecemasan
- 2) Pemberian analgetik yang terlalu cepat atau pemberian analgetik yang kuat dan pemberian anastesi sebelum fase aktif
- 3) Abnormalitas pada tenaga ekspulsi
- 4) Abnormalitas pada panggul
- 5) kelainan pada letak dan bentuk janin

### **b. Partus presipitatus**

*Partus presipitatus* merupakan kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus presipitatus ini sering berkaitan dengan solusio plasenta (20%)

aspirasi mekonium, perdarahan postpartum, penggunaan cocain, apgar score rendah. Komplikasi maternal jarang terjadi bila dilatasi serviks dapat berlangsung secara normal. Akan terjadi robekan serviks dan jalan lahir yang luas apabila serviks panjang dan jalan lahir kaku. emboli air ketuban (jarang), antonia uteri dengan akibat HPP, terjadi kaena kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intrauterine, trauma intracranial akibat tahanan jalan lahir.

c. Prolaps tali pusat

Prolaps tali pusat merupakan pusat berada disamping atau melewati bagian terendah janin setelah ketuban pecah. Bila ketuban belum pecah disebut tali pusat terdepan. Timbul bahaya besar pada keadaan prolaps tali pusat (tali pusat menumbung), tali pusat terjepit pada waktu bagian janin turun dalam panggul sehingga menyebabkan asfiksia pada janin. Bila pada waktu ketuban pecah bagian terdepan janin masih berada diatas PAP dan tidak seluruhnya menutup prolaps tali pusat akan mudah terjadi. Seperti yang terjadi pada persalinan : hidramnion, tidak ada keseimbangan antara besar kepala dan panggul, premature : kelainan letak (Endang dan Elisabeth, 2015).

d. Letak muka

Biasanya kepala saat persalinan yaitu letak ubun-ubun kecil. Malposisi adalah jika letak kepalanya tidak normal. Salah satunya yaitu letak muka. Pada letak muka, kepala dan leher janin

hiperekstensi (tengadah) sehingga menyebabkan ubun-ubun kecil bayi mendekati atau menyentuh punggung. Letak kepala dengan ekstensi maksimal (hiperektensi) adalah letak atau presentasi muka, kemudian occiput (ubun-ubun kecil) mengenai punggung dan muka terarah kebawah (penunjuknya yaitu dagu atau mentum bayi) (Ina dkk, 2017).

e. Bahu Macet (Distosia Bahu)

Distosia bahu merupakan kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet di atas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul mengakibatkan bahu menjadi tidak dapat digerakkan.

Di atas sacral promontari bahu posterior bisa juga macet, maka dari itu tidak bisa lewat tidak bisa masuk lewat kedalam panggul atau bahu tersebut bisa lewat promotorium tetapi mendapat halangan dari tulang sacrum (Ina dkk, 2017).

f. Distosia Karena Kelainan His

Merupakan persalinan yang sulit akibat his yang tidak normal dalam kekuatan/sifatnya menyebabkan rintangan pada jalan lahir, tidak dapat diatasi, sehingga menyebabkan persalinan macet. Jenis – jenis

Distosia Karena Kelainan Tenaga/His sebagai berikut :

1) His hypotonic / Inersia Uteri

Merupakan kelainan his dengan kekuatan yang lemah/tidak adekuat untuk melakukan pembukaan serviks atau mendorong anak keluar. Di sini kekuatan his lemah dan frekuensinya jarang.

Sering dijumpai pada penderita dengan keadaan umum kurang baik seperti anemia, uterus yang terlalu teregang misalnya akibat hidramnion atau kehamilan kembar atau makrosomia, grandemultipara atau primipara, serta penderita dengan keadaan emosi kurang baik dapat terjadi kala pembukaan serviks, fase laten atau fase aktif, maupun pada kala pengeluaran, Inersia uteri terbagi menjadi 2 yaitu:

a) Inersia uteri primer

Jika persalinan berlangsung lama, terjadi pada kala I fase laten. Sejak awal terjadi yang tidak adekuat (kelemahan his yang timbul sejak dari permulaan persalinan), sehingga sering sulit untuk memastikan apakah penderita telah memasuki keadaan impartu atau belum.

b) Inersia uteri sekunder

Terjadi pada fase aktif kala I atau kala II. Permulaan his baik, kemudian pada keadaan selanjutnya terdapat gangguan/kelainan.

2) His hypertonic

Merupakan kelainan his dengan kekuatan cukup besar (kadang sampai melebihi normal) namun tidak koordinasi kontraksi dari bagian atas, tengah dan bawah uterus, sehingga tidak efisien untuk membuka serviks dan mendorong bayi keluar. Disebut juga sebagai incoordinate uterine action, Contoh misalnya

“tetania uteri” karena obat uterotonika yang berlebihan. Pasien kesakitan karena his yang kuat dan berlangsung hampir terus menerus. Pada janin dapat terjadi hipoksia janin karena gangguan sirkulasi uteriplasenter. Faktor yang dapat kelainan ini antara lain adalah rangsangan pada uterus, misalnya pemberian oksitosin yang berlebihan, ketuban pecah lama dengan disertai infeksi, dan sebagainya. His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan berlangsung cepat. Bahayanya bagi ibu adalah terjadinya perlukaan yang luas pada jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina dan perineum bahaya bagi bayi adalah dapat terjadi pendarahan dalam tengkorak karena mengalami tekanan kuat dalam waktu singkat.

3) His yang tidak terkordinasi

Merupakan his yang sifatnya berubah-ubah. Tonus otot uterus meningkat juga diluar His dan kontraksinya tidak berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi. Tidak adanya kordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah dan bawah menyebabkan His tidak efisien dalam mengadakan pembukaan.tonus otot yang meningkat menyebabkan rasa nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia pada janin. His sejenis Hipertonic Uterine Contraccion (Sriningsih, 2018).

g. Distosia Karena Kelainan Alat Kandungan

1) Distosia Karena Kelainan Vulva

Distosia vulva adalah persalinan yang sulit disebabkan karena atresia vulvae (tertutupnya vulva), ada yang bawaan ada juga yang diperoleh misalnya karena radang atau trauma. Kelainan yang dapat menyebabkan distosia adalah:

a) Oedema vulva

Edema (oedema) vulva adalah meningkatnya volume cairan ekstraluler dan ekstrasvaskuler (cairan interstitium) yang disertai dengan penimbunan cairan abnormal dalam sela-sela jaringan dan rongga serosa (jaringan ikat longgar dan rongga-rongga badan) pada vulva. Edema bisa timbul pada waktu kehamilan. Biasanya sebagai gejala pre eklamsi akan tetapi dapat pula timbul karena sebab lain misalnya gangguan gizi atau malnutrisi atau pada persalinan yang lama.

b) Kelainan Bawaan (*stenosis vulva*)

Stenosis vulva adalah kelainan congenital pada vulva yang menutup sama sekali, atau dapat pula terjadi hanya orifisium uretra eksternum saja yang Nampak/penyempitan vulva/vagina atau akibat perlengketan dan parut karena peradangan atau perlukaan pada persalinan yang lalu. Biasanya terjadi sebagai akibat perlukaan dan radang yang menyebabkan ulkus-ulkus

yang sembuh dengan parut-parut yang dapat menimbulkan kesulitan.

c) Varises

Pelebaran pembuluh darah vena yang terjadi pada vulva. Kejadian varises ini makin meningkat pada kehamilan makin tinggi dan segera akan menghilang atau berkurang setelah persalinan. Hal ini karena reaksi system vena pembuluh darah, seperti otot-otot di tempat lain melemah akibat hormone estrogen.

d) Peradangan

Peradangan pada vulva biasa disebut dengan vulvitis. Peradangan vulva sering bersamaan dengan peradangan vagina.

2) Distosia karena kelainan vagina

Distosia vagina merupakan kelambatan atau kesulitan dalam jalannya persalinan dikarenakan adanya kelainan pada vagina yang menghalangi lancarnya persalinan. Distosia dapat disebabkan karena kelainan his (his hipotonik dan his hipertonic). Karena kelainan besar anak, bentuk anak ( hidrocefalus, kembar siam, prolapse tali pusat), letak anak (letak sungsang, letak melintang), serta karena kelainan jalan lahir.

3) Distosia karena kelainan uterus atau serviks

Distosia serviks uteri adalah terhalangnya kemajuan persalinan disebabkan kelainan serviks uteri. walaupun his normal dan bayi,



kadang-kadang pembukaan serviks jadi macet karena ada kelainan yang menyebabkan serviks tidak mau membuka (Sriningsih, 2018).

h. Distosia karena kelainan janin

1) Bayi besar (makrosomia)

Makrosomia merupakan bayi yang berat badannya pada saat lahir lebih dari 4000 gram. Berat neonatus pada umumnya kurang dari 4000 gram dan jarang melebihi 5000 gram. Frekuensi berat badan lahir dari 4000 gram merupakan 5,3 % dan yang lebih dari 4500 gram merupakan 0,4% (Sulistyawati, 2010).

2) Hidrosefalus

Hidrosefalus merupakan kelainan patalogis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan tekana intracranial yang meninggi sehingga terdapat pelebaran ventrikel. Cairan yang tertimbun dalam ventrikel biasanya antara 500-1500 ml akan tetapi kadang-kadang dapat mencapai 5 liter. Pelebaran ventrikuler ini akibat ketidakseimbangan antara absorpsi dan produksi cairan serebrospinal. Hidrosefalus selalu bersifat sekunder, sebagai akibat dari penyakit atau kerusakan otak. Adanya kelainan-kelainan tersebut menyebabkan kepala menjadi besar serta terjadi pelebaran sutura dan ubun-ubun (Sulistyawati, 2010).

### 3) Anensefalus

Anensefalus merupakan suatu keadaan dimana sebagian besar tulang tengkorak dan otak tidak terbentuk. Anensefalus adalah suatu kelainan tabung syaraf (suatu kelainan yang terjadi pada awal perkembangan janin yang menyebabkan erusakan pada jaringan pembentuk otak dan korda spinalis). Anensefalus terjadi jika tabung syaraf sebelah atas gagal menutup, tetapi penyebab yang pasti tidak dapat diketahui. Penelitian menunjukkan kemungkinan anensefalus berhubungan dengan racun dilingkungan juga kadar asam folst yang rendah dalam darah. Anensefalus ditemukan pada 3,6-4,6 dari 10.000 bayi baru lahir (Sulistyawati, 2010).

### 4) Dystonia bahu

Dystonia bahu adalah kelahiran kepala janin dengan bahu anterior macet diatas simfisis pubis dan tidak bisa masuk melalui pintu bawah panggul, sehingga bahu menjadi tidak dapat digerakkan (Sulistyawati, 2010).

### 5) Kembar siam merupakan keadaan anak kembar yang tubuh keduanya bersatu. Hal ini terjadi apabila zigot dari bayi kembar identic gagal berpisah secara sempurna. Kemunculan kasus kembar siam diperkirakan adalah dalam 200.000 kelahiran (Sulistyawati, 2010).

i. Distosia karena kalainan jalan lahir

1) Kesempitan Pintu Atas Panggul (PAP)

Pintu atas panggul dinyatakan sempit apabila:

- (a) Diameter antero-posterior terpendek <10 cm.
- (b) Diameter transversal terbesar <12 cm.
- (c) Perkiraan diameter antero-posterior PAP dilakukan melalui pengukuran Conjugata diagonalis secara manual (VT) dan kemudian dikurangi 1,5 cm. sehingga kesempitan PAP sering ditegakan bila ukuran conjugate diagonalis <11,5 cm (Sulistyawati, 2010).

2) Kesempitan Bidang Tengah Pelvis

Kesempitan bidang tengah panggul tidak dapat dinyatakan secara tegas seperti kesempitan PAP, namun kejadian ini lebih sering terjadi dibanding kesempitan PAP. Kejadian ini sering menyebabkan “deep transverse arrest” (letak malang melintang rendah) pada perjalanan persalinan dengan posisi occipitalis posterior (sebuah gangguan putar paksi dalam akibat kesempitan Bidang Tengah Panggul) (Sulistyawati, 2010).

3) Kesempitan Pintu Bawah panggul (PBP)

PBP terbentuk dua buah segitiga yang memiliki satu sisi bersama (berupa diameter intertuberus) dan tidak terletak pada bidang yang sama. Berkurangnya diameter intertuberosa

menyebabkan sempitnya segitiga anterior sehingga pada kala II kepala terdorong lebih ke arah posterior dengan konsekuensi pada persalinan terjadi robekn perineum yang luas. Distosia akibat kesempitan Pintu Bawah Panggul saja jarang terjadi mengingat bahwa kesempitan PBP hampir selalu disertai dengan kesempitan Bidang Tengah Panggul (Sulistyawati, 2010).

#### 4) Perdarahan Post Partum Primer

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

- (a) Regangan rahim berlebihan, seperti : gemeli makrosomia, polihidramnion atau paritas tinggi.
  - (b) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua.
  - (c) Multipara dengan jarak kelahiran yang pendek.
  - (d) Partus lama/partus terlantar.
  - (e) Malnutrisi
  - (f) Penanganan yang salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya : plasenta belum terlepas dari dinding uterus.
  - (g) Adanya mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim
- (Sulistyawati, 2010).

j. Atonia uteri

Atonia uteri adalah suatu kondisi dimana myometrium tidak dapat berkontraksi selama 15 detik setelah dilakukan masase fundus uteri. Perdarahan yang mengancam nyawa ibu bisa terjadi saat pasca persalinan. Pada hamil cukup bulan darah ke uterus sebanyak 500-800 cc/menit, jika uterus tidak berkontraksi setelah lahirnya plasenta. Dan perdarahan sekitar 350-500 cc/menit, dari tempat melekat plasenta. Bila uterus kontraksi maka myometrium akan menjepit anyaman pembuluh darah pada dinding uterus. Bila uterus tidak berkontraksi, maka akan terjadi perdarahan yang disebut atonia uteri. Atonia uteri menjadi penyebab lebih besar dari 90% perdarahan persalinan dalam 24 jam setelah bayi lahir. Atonia uteri ditandai dengan uterus tidak berkontraksi dan lembek, perdarahan segera setelah bayi atau plasenta lahir (Sriningsih, 2018).

k. Retensio plasenta

Retensio plasenta merupakan plasenta belum lahir 30 menit setelah janin lahir. Retensio plasenta terdiri dari retensio plasenta dengan perdarahan dan retensio plasenta tidak ada perdarahan. Penyebabnya adalah plasenta belum terlepas dari dinding uterus karena tumbuh melekat lebih dalam. Perdarahan tidak akan terjadi jika plasenta belum lepas sama sekali dan akan terjadi

perdarahan jika lepas sebagian. Hal ini merupakan indikasi untuk mengeluarkannya (Sriningsih, 2018).

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

- 1) Plasenta adhesive : plasenta yang melekat pada desidua endometrium lebih dalam.
  - 2) Plasenta akreta : vili korialis tumbuh menembus meometrium sampai ke serosa.
  - 3) Plasenta inkreta : vili korialis tumbuh lebih dalam dan menembus desidua endometrium sampai ke myometrium.
  - 4) Plasenta perkreta : vili korialis tumbuh menembus serosa atau peritoneum dinding rahim.
  - 5) Plasenta inkarserata : tertahannya plasenta didalam kavum uteri disebabkan oleh kontriksi ostium uteri
- (Sulistyawati, 2010).

#### 1. Emboli air ketuban

Emboli air ketuban adalah masuknya air ketuban beserta komponennya kedalam sirkulasi darah ibu. Yang dimaksud komponen disini adalah unsur-unsur yang terdapat di air ketuban seperti lapisan kulit janin yang terlepas, rambut janin, lapisan

lemak janin dan cairan kental. Penyebabnya belum diketahui secara pasti. Yang merupakan factor risiko:

- 1) Multipara
- 2) Solusio plasenta
- 3) IUFD
- 4) Partus presipitatus
- 5) Suction curettage
- 6) Terminasi kehamilan (Sulistyawati, 2010).

m. Robekan jalan lahir

Klasifikasi robekan jalan lahir adalah sebagai berikut :

1) Robekan perineum

Robekan Perineum merupakan robekan yang terjadi pada saat baik secara spontan maupun dengan alat atau tindakan. Robekan perineum umumnya terjadi pada garis tengah dan bisa menjadi luas apabila kepala janin lahir terlalu cepat.

Penyebabnya adalah :

- (a) Kepala janin terlalu cepat lahir.
- (b) Persalinan tidak dipimpin sebagaimana mestinya.
- (c) Adanya jaringan parut pada perineum
- (d) Adanya distosia bahu.

Klasifikasi :

- (a) Derajat satu: robekan ini terjadi pada mukosa vagian, vulva bagian depan, kulit perineum.

(b) Derajat dua: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum.

(c) Derajat tiga: robekan ini terjadi pada mukosa vagina, vulva bagian depan, kulit perineum dan otot-otot perineum dan sfingter ani eksterna.

(d) Derajat empat: robekan dapat terjadi pada seluruh perineum dan sfingfer ani yang meluas sampai ke mukosa (Sulistyawati, 2010).

## 2) Robekan serviks

Persalinan selalu mengakibatkan robekan serviks, sehingga serviks seorang multipara berbeda dari yang belum melahirkan pervaginam. Robekan serviks yang luas menimbulkan perdarahan dan dapat menjalar ke segmen bawah uterus. Apabila terjadi perdarahan yang tidak berhenti meskipun plasenta sudah lahir lengkap dan uterus sudah berkontraksi baik perlu diperkirakan perlukaan jalan lahir, khususnya robekan serviks uteri (Sulistyawati, 2010).

## 3) Robekan Dinding Vagina

Perlukan vagina yang tidak berhubungan dengan luka perineum tidak sering dijumpai. Robekan terjadi pada dinding lateral dan baru terlihat pada pemeriksaan speculum (Sulistyawati, 2010).



n. Inversio uteri

Inversion uteri merupakan terbaliknya vundus uteri kedalam kavum uteri sehingga dapat menimbulkan nyeri dan perdarahan.

Faktor yang menimbulkan inversion uteri meliputi :

- 1) Faktor grande multipara (lebih dari 5 kali hamil)
- 2) Tekanan abdomen meningkat dan fundus uteri masih belum berkontraksi baik
- 3) Selain itu terjadi pada persalinan plasenta secara crede yang kontraksi otot rahimnya belum kuat, atau terjadi karena tarikan tali pusat sebagai upaya melahirkan plasenta sementara kontraksi uterus belum mulai sehingga yang ditarik justru fundus uteri sendiri dan menimbulkan inversio uteri.

Inversion uteri dibagi menjadi tiga tingkatan yaitu:

- 1) Tingkat pertama : fundus masuk uteri tetapi belum melewati kanalis servikalis
- 2) Tingkat kedua : fundus masuk ke dalam kavum uteri dan telah berada di dalam vagina
- 3) Tingkat tiga : fundus uteri mengalami inversion total dan tampak dari luar vagina dan dapat disertai plasenta yang masih melekat (Sriningsih, 2018).

o. Syok obstetric

Syok merupakan suatu keadaan yang disebabkan gangguan sirkulasi darah ke dalam jaringan sehingga tidak dapat memenuhi

kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan yang tidak mampu mengeluarkan hasil metabolisme.

Penyebabnya :

- 1) Perdarahan
- 2) Infeksi berat
- 3) Solusio plasenta
- 4) Inversion uteri
- 5) Emboli air ketuban
- 6) Komplikasi anestesi (Sulistyawati, 2010).

#### **K. Lembar Observasi**

Lembar observasi merupakan pendokumentasian hasil observasi dan mencatat pada lembar observasi dan dilakukan mulai kala I fase laten. Pada lembar observasi harus mencantumkan nama jelas pasien pada setiap lembar observasi atau pemeriksaan, menulis tanggal masuk, tanggal dan jam pemeriksaan, tindakan atau observasi sesuai dengan temuan yang obyektif (kenyataan). Hasil temuan digambarkan dengan jelas termasuk posisi, kondisi, tanda gejala, warna, jumlah memakai singkatan atau simbol yang sudah disepakati, misal keadaan umum (KU), ketuban + (Ket +), ketuban pecah dini (KPD), letak kepala (Let kep), letak sungsang (Let su), suhu atau nadi (S/N), tekanan darah (TD) dan lain-lain (Setyaningrum, 2013).

## L. Partograf

Untuk memantau kemajuan persalinaan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dalam penatalaksanaan yaitu yang digunakan adalah partograf (Saifuddin, 2009). Pelaksanaan partograf ditunjukkan pada kehamilan normal yang direncanakan untuk persalinaan pervaginam. Sebagai titik tolak evaluasi pertolongan persalinan maka dengan memperhatikan garis waspada dan garis bertindak (Manuaba, 2010).

Dalam penggunaan partograf dengan benar, sebagai petugas kesehatan harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut :

### 1) Denyut jantung janin

Batas normal denyut jantung janin (DJJ) yaitu antara 120-160x/m, dan untuk penilaiannya dilakukan setiap setengah jam selama satu menit (Manuaba, 2010).

### 2) Air ketuban

Setiap melakukan pemeriksaan vagina catat warna air ketuban. Tanda U bila selaput utuh, tanda J bila selaput pecah dan air ketuban jernih, tanda M bila air ketuban bercampur mekonium, dan D bila air ketuban minimal atau kering (Saifuddin, 2009).

### 3) Molase

Molase (penyusupan tulang kepala janin) merupakan indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Setiap kali melakukan pemeriksaan

catat temuan dengan menggunakan lambang-lambang sebagai berikut :

0 : Tulang-tulang janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi

1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

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

3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (Saifuddin, 2010).

4) Pembukaan mulut rahim

Dilakukan penilaian pada saat pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x) (Saifuddin, 2010).

5) Penurunan bagian terbawah janin

Dibagi menjadi 5 kategori dengan dsimbol 5/5 sampai 0/5. Untuk menyatakan bahwa bagian kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis menggunakan simbol 5.5, sedangkan untuk menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat dipalpasi diatas simfisis pubis menggunakan simbol 0/5, beri tanda (o) pada garis yang sesuai (Saifuddin, 2010).

6) Jam dan waktu

Bagian bawah partograf tertera kotak-kotak diberi angka 1-16 setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalitan (Saifuddin, 2010).

### 7) Kontraksi uterus

Catatan setiap setengah jam, untuk menghitung banyaknya kontraksi uterus dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik lakukan palsasi.

Nyatakan lamanya kontraksi dengan :

- (a) Beri titik-titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya kurang dari 20 detik
- (b) Beri garis-garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik.
- (c) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik (Saifuddin, 2010).

### 8) Oksitosin

Apabila memakai oksitosin, maka catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit (Saifuddin, 2010).

### 9) Obat-obatan lain dan cairan

Dalam kotak yang sesuai catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan cairan IV (Saifuddin, 2010).

### 10) Tekanan darah, Nadi dan Temperatur tubuh

Angka disebelah kiri partograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.

- (a) Setiap 30 menit catat nadi selama fase aktif persaliann dan beri tanda titik pada kolom yang sesuai

(b) Setiap empat jam catat tekanan darah ibu selama fase aktif persalinaan. Beri tanda panah pada kolom waktu yang sesuai

(c) Setiap dua jam catat temperatur tubuh ibu pada kotak yang sesuai (Saifuddin, 2010).

#### 11) Protein, asetat dan volume urine

Dicatat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2010).

### **J. Lima Benang Merah**

#### 1. Pengambilan keputusan

Dalam aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan pengambilan keputusan klinik atau clinical decision making. Di keprawatan dikenal dengan proses keprawatan, dan bidan menggunakan proses serupa yang disebut sebagai proses penatalaksanaan kebidanan (proses pengambilan keputusan klinik). Memiliki tahapan beberapa proses mulai dari mengumpulkan data, diagnosatik, perencanaan dan penatalaksanaan, dan evaluasi, yang merupakan pola pikir yang sistematis bagi bidan selama memberikan asuhan kebidanan khusus dalam asuhan persalinaan normal (Marmi, 2016).

#### 2. Asuhan sayang ibu yang berarti sayang bayi

Yang harus diperhatikan bidan dalam memberikan asuhan sayang ibu dalam proses persalinaan yaitu :

a. Bila ibu menginginkan Suami, saudara dan keluarga lainnya untuk mendampingi ibu selama proses persalinaan harus diperkenankan.

- b. Harus selalu dipertahankan standar untuk persalinan yang bersih
- c. Harus dianjurkan untuk dikerjakan kontak segera antara ibu dan bayi serta pemberian ASI
- d. Penolong persalinan harus bersikap sopan dan penuh pengertian
- e. Mengenai seluruh proses persalinan penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga
- f. Penolong persalinan harus mau mendengarkan, memberikan jawaban atas keluhan dan kebutuhan ibu
- g. Dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang biasa dilakukan selama proses persalinan maupun pemilihan posisi saat melahirkan penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas.
- h. Harus diperbolehkan bila dilakukan tindakan-tindakan yang secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti tidak berbahaya
- i. Harus diberikan privasi bila ibu menginginkan
- j. Ternyata tindakan perlu dan harus dihindari dan tindakan-tindakan medis yang rutin dikerjakan (episiotomy, pencukuran dan klisma) (Marmi, 2016).

### 3. Pencegahan infeksi

Untuk mencegah penyebaran penyakit dari orang ke orang atau dari peralatan ataupun sarana kesehatan ke orang cara efektif dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang diantara mikroorganisme dan individu (pasien atau petugas kesehatan) (Marmi, 2010). Dapat

berupa proses secara fisik, mekanik ataupun kimia sebagai penghalang antara lain :

a) Cuci tangan

- (1) Menggunakan sabun dan air yang mengalir dan gosok telapak tangan
- (2) Kemudian gosok telapak kanan di atas tangan kiri dan telapak kiri diatas punggung tangan kanan
- (3) Gosok telapak tangan dan jari-jari terkait
- (4) Letakkan punggung jari pada telapak satunya dengan jari saling mengunci
- (5) Jempol kanan digosok memutar oleh telapak kiri dan sebaliknya
- (6) Jari kiri menguncup, gosok memutar ke kanan dan ke kiri pada telapak kanan dan sebaliknya
- (7) Pegang pergelangan tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya, gerakan memutar (Kemenkes, 2015),

b) Memakai sarung tangan

Sarung tangan digunakan apabila dilakukan tindakan klinik, memegang alat dan membuang sampah medis. Dan setiap pasien harus digunakan sarung tangan yang berbeda dengan tujuan mencegah kontaminasi silang dan apabila sarung tangan bekas pakai digunakan lagi maka harus di dekontaminasi terlebih dahulu yaitu dengan direndam dalam



larutan klorin 0,5% selama 10 menit yang kemudian dicuci, kemudian sarung tangan dikeringkan dengan otaklaf atau disinfeksi tingkat tinggi dengan menguapkan atau merebus (Saiffudin, 2013).

c) Pemrosesan alat bekas pakai

Baik terbuat dari logam, plastik ataupun benda-benda lainnya, dalam upaya pencegahan infeksi dilakukan pemrosesan peralatan yang telah bekas pakai. Dalam pemrosesan alat bekas pakai dapat diproses melalui tiga tingkatan yaitu :

(1) Dekontaminasi

Merupakan tindakan yang dilakukan untuk meyakinkan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Peralatan medis, sarung tangan, dan permukaan (seperti meja pemeriksaan harus dekontaminasikan segera setelah terdapat darah atau cairan tubuh) larutan yang digunakan yaitu klorin 0,5% selama 10 menit (Sarwono,2008).

Membuat larutan klorin 0,5% dari larutan konsentrasi terbentuk cair terdapat rumus menurut saiffudin 2013, yaitu sebagai berikut :

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

Campur satu bagian konsentrasi pemutih dengan jumlah bagian air yang dibutuhkan.

Contoh : untuk membuat larutan klorin 0,5% dari larutan klorin 5%

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{5\%}{0,5\%} - 1 = 10 - 1 = 9$$

Tamabahan 9 bagian air kedalam 1 bagian larutan klorin.

Sedangkan rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bentuk bubuk klorin kering yaitu :

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

Contoh : untuk membuat larutan klorin 0,5% dari bubuk klorin yang bisa melepaskan klorin (seperti kalsium hipoklarida) yang mengandung 36% klorin.

$$\frac{\text{Gram}}{\text{Liter}} = \frac{0,5\%}{36\%} \times 1000 = 14,3 \text{ gram/liter}$$

$$\text{Liter} = \frac{14,3}{36\%}$$

Tambahkan 14 gram (pembulatan 14,3) bubuk klorin kedalam 1 liter air bersih.

## (2) Pencucian dan pembilasan

Pencucian dan pembilasan adalah langkah pertama paling efektif untuk membunuh mikroorganisme pada

peralatan dan perlengkapan yang kotor yang sudah digunakan. Baik sterilisasi maupun disinfeksi tingkat tinggi kurang efektif tanpa proses pencucian segera setelah dikontaminasi. Bilas peralatan dengan air untuk mencegah korosi dan menghilangkan bahan-bahan organik, lalu cuci tangan dengan 7 langkah.

(3) Desinfeksi tingkat tinggi

Sterilisasi merupakan cara yang paling efektif untuk membunuh mikroorganisme, sterilisasi tidak selalu memungkinkan dan tidak praktis, DTT adalah satu-satunya alternative untuk situasi tersebut dan bisa dicapai dengan cara merebus, mengukus atau secara kimiawi, perebusan sering kali merupakan metode yang paling sederhana dan efisien.

d) Menjaga kebersihan

Pengelolaan sampah merupakan melindungi petugas pembuangan sampah dari perlukaan, melindungi penyebaran infeksi terhadap para petugas kesehatan, mencegah penularan infeksi pada masyarakat sekitar dan membuang bahan-bahan sampah dengan aman (Saiffudin, 2009).

4. Dokumentasi

Dalam manajemen kebidanan dokumentasi merupakan bagian yang sangat penting. Karena :

- a) Dokumentasi menyediakan catatan permanen tentang manajemen klien
- b) Memungkinkan terjadinya pertukaran informasi diantara petugas kesehatan
- c) Kelanjutan dari perawatan dipermudah, dari kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari petugas ke petugas yang lain, atau petugas ke fasilitas.
- d) Informasi dapat digunakan untuk evaluasi, untuk melihat apakah perawatan sudah dilakukan dengan tepat, mengidentifikasi kesenjangan yang ada, serta membuat perubahan dan perbaikan peningkatan manajemen perawatan
- e) Memperkuat keberhasilan manajemen, sehingga metode-metode dapat dilanjutkan dan disosialisasikan kepada yang lain
- f) Dengan adanya data dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus
- g) Digunakan sebagai data statistik, untuk catatan nasional
- h) Sebagai data statistik yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian ibu.

Dalam asuhan persalinaan normal, partograf adalah sistem pencatatan yang digunakan, pemeriksaan tidak dilakukan bila hasil pemeriksaan tidak dicatat pada partograf (Marmi, 2016).

#### 5. Rujukan

Rujukan tepat waktu adalah bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program *safe motherhood*, yang digunakan untuk meningkatkan hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi adalah BAKSOKUDA.

B :Bidan

Pastikan ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinaan yang kompeten untuk dibawa fasilitas rujukan.

A : Alat

Yaitu bawa perlengkapan dan bahan-bahn untuk asuhan persalinaan dan BBL bersama ibu ketempat rujukan.

K : Keluarga

Beritahu ibu dan keluarga kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk.

S : Surat

Berikan surat ke tempat rujukan. Yang berisikan identifikasi mengenai ibu dan BBL.

O : Obat

Bawa obat-obatan esensia pada saat megantar ibu ke fasilitas 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 perdarahan (Mika, 2016).

### 2.1.3 KONSEP DASAR MASA NIFAS

#### A. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas atau puerperium dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti semula (sebelum hamil). Pada masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Puerpera merupakan wanita yang mengalami periode puerperium. Nifas (puerperium) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari dan merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Eny dkk, 2010).

Menurut ambarwati, 2010 masa nifas merupakan masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi kembali seperti

semula (sebelum hamil) dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu (Intan, 2015).

## **B. Perubahan fisiologi masa nifas**

### **a. Uterus**

Secara palpasi didapat bahwa bahwa tinggi fundus urteri akan berada setinggi pusat segera setelah janin lahir dalam keadaan fisiologis pada pemeriksaan fisik yang dilakukan, setelah plasenta lahir sekitar 2 jari dibawah pusat, pada hari ke lima pertengahan antara pusat dan simfisis dan setelah 12 hari postpartum tidak dapat diraba lagi (Maritalia, 2014).

### **b. Serviks**

Setelah persalinan beberapa hari, pstium externum dapat dilalui oleh dua jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Hanya dapat dilalui satu jari saja pada akhir minggu pertama, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari cenalis cervikalis (Marmi, 2017).

Menutup secara bertahap muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap, setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, dapat dimasuki 2-3 jari setelah 2 jam, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup (Ambarwati dkk, 2010).

c. Vulva dan vagina

Saat perinium mengalami robekan terjadi perubahan pada perineum pasca melahirkan. Robekan ini dapat terjadi secara spontan atau dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Pada hari ke lima posnatal, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan (Marmi, 2017). Vulva dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol terjadi setelah 3 minggu (Walyani dkk, 2015).

d. Lochea

Merupakan cairan secret yang bersal dari vagina dalam masa nifas (Walyani dkk, 2015). Secara fisiologis, akan berbeda karakteristiknya dari hari ke hari lochea yang dikeluarkan dari cavum uteri. Hal ini disesuaikan dengan perubahan yang terjadi pada dinding uterus akibat penurunan kadar hormone esrtrogen dan progesterone seperti yang sudah diuraikan sebelumnya (Maitalia, 2014).

Macam-macam lochea, yaitu :

1) Lochea rubra atau kruenta (merah)

Muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum, sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan



mengandung darah dari robekan atau luka pada plasenta dan serabut dari decidua dan chorion (Marmi, 2017).

2) Lochea sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3-7 postpartum. Karakteristik lochea ini berupa darah bercampur lendir (Maritalia, 2014).

3) Lochea serosa

Berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 4-14 postpartum (Walyani, 2015).

4) Lochea alba

Muncul lebih dari hari ke sepuluh postpartum. berwarna lebih pucat, putih kekuningan dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati (Marmi, 2017).

5) Lochea purulenta

Terjadinya infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk (Walyani, 2015).

6) Locheastatis

Merupakan lochea yang tidak lancar keluarnya (Walyani, 2015).

Tabel 2.4

## Lokea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caeosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan / kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan leserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Nugroho dkk, 2014

e. Payudara

Terdapat dua refleks yang berperan pada proses laktasi, yaitu refleks prolactin dan refleks aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu.

1) Refleks prolactin

Setelah persalinan, yaitu saat lepasnya plasenta dan berkurangnya fungsi korpus luteum maka estrogen dan progesterone juga berkurang. Dengan hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang payudara, karena ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik (Maritalia, 2014).

2) Refleks aliran

Kontraksi uterus disebabkan hormone menuju uterus melalui aliran darah. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk kesistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus lactiferous masuk ke mulut bayi (Maritalia, 2014).

f. Tanda-tanda vital

Masalah kesehatan adalah nadi, pernafasan, suhu dan tekanan darah atau mengalami gangguan yang sering digunakan sebagai indikator bagi tubuh yaitu tanda-tanda vital (Maritalia, 2014).

g. Sistem endokrin

Frekuensi menyusui mempengaruhi kadar prolactin dalam darah ibu, lama setiap kali menyusui dan nutrisi yang dikonsumsi ibu selama menyusui. Penekanan sekresi folikel stimulating hormone (FSH) dilakukan hormone prolaktin sehingga mencegah terjadinya ovulasi (Maritalia, 2014).

h. Sistem peredaran darah

1) Volume darah

Sekitar 300-400 cc kehilangan darah pada persalinan pervaginam sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesarea menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada persalinan seksio sesarea, hemo konsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Marmi, 2017).

2) Cardiac output

Selama kala I dan II persalinan cardiac output meningkat. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak mempertahankan tipe persalinan dan penggunaan anestesi. Cardiac output tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam postpartum, ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan venous return, bradycardi terlihat

selama waktu ini. 2-3 minggu Cardiac output akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil (Walyani dkk, 2015).

i. Sistem pencernaan

Ibu siap makan pada 1-2 jam post partum primordial dan ibu sering kali cepat lapar. Dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Kebanyakan ibu merasa sangat lapar, setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anastesia, dan keletihan. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi camilan yang sering ditemukan (Marmi, 2017).

Biasanya ibu yang melahirkan dengan cara operasi (section caesarea) membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal (Maritalia, 2014).

j. Sistem perkemihan

Kadar hormone estrogen menurun setelah plasenta dilahirkan, hilangnya peningkatan vena pada tingkat bawah, dan hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan. Hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut dengan diuresis pasca partum. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu. Bila dalam waktu 4 jam pasca persalinan wanita tidak dapat berkemih mungkin ada masalah yang sebaiknya segera di pasang dower kateter selama 24 jam (Suprijati, 2014).

## k. Sistem pencernaan

### 1) Nafsu makan

Ibu setelah melahirkan sering kali cepat lapar dan siap makan pada 1 sampai 2 jam post partum primordial, dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Kebanyakan ibu merasa sangat lapar setelah benar-benar pulih dan efek analgesia, anastesia, dan keletihan. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi camilan yang sering ditemukan (Marmi, 2017).

Untuk ibu yang melahirkan dengan cara operasi (*section caesarea*) agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal membutuhkan waktu sekitar 1 sampai 3 hari (Maritalia, 2014).

### 2) Mortilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Bisa memperlambat pengambalian tonus dan mortilitas ke keadaan normal apabila kelebihan analgesia dan anesthesia (Marmi, 2017).

### 3) Pengosongan usus

Pada 1-3 hari pertama postpartum Buang air besar (BAB) biasanya mengalami perubahan hal ini disebabkan Terjadinya penurunan tonus selama proses persalinaan. Selain itu, enema

sebelum melahirkan kurang asupan nutrisi dan dehidrasi serat dugaan ibu terhadap timbulnya rasa nyeri disekitar anus/perineum setiap kali akan buang air besar mempengaruhi defekasi secara spontan (Maritalia, 2014).

### **C. Perubahan psikologis ibu pada masa nifas**

#### **1. Adaptasi psikologi ibu pada amsa nifas**

##### **a) Fase *taking in***

Pada fase ini terjadi periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah persalinan. Pada fase itu, focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Sering berulang diceritakan pengalaman selama proses persalinan. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung pasif terhadap lingkungannya. Maka dari itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini proses pemulihan perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan. Di samping itu nafsu makan ibu meningkat.

##### **b) Fase *taking hold***

Fase *taking hold* berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya. Dan ibu perasaannya sangat sensitive sehingga ibu

mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Maka dari itu ibu memerlukan dukungan karena pada saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga ibu akan tumbuh rasa percaya diri.

c) Fase *letting go*

Fase ini dimana ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. keinginan meningkat untuk merawat diri dan bayinya. Serta fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan (Eny dkk, 2010).

2. Postpartum blues (Baby Blues)

Postpartum blues adalah perasaan sedih yang dialami oleh seorang ibu yang berkaitan dengan bayinya. Biasanya muncul sekitar 2 hari sampai 2 minggu sejak kelahiran bayi. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya.

3. Depresi post partum

Kesedihan atau kemurungan yang dialami ibu pada masa nifas merupakan hal yang normal. Keadaan ini disebabkan wanita selama kehamilan dan setelah bayi lahir. Seorang ibu primipara lebih beresiko mengalami kesedihan atau kemurungan post partum karena ia belum mempunyai pengalaman dalam merawat dan



menyusui bayinya. Kesedihan atau kemurungan yang terjadi pada awal masa nifas merupakan hal yang umum dan akan hilang sendiri dalam dua minggu sesudah melahirkan setelah ibu melewati proses adaptasi.

#### 4. Respon antara ibu dan bayi setelah persalinan

##### a. *Touch* (sentuhan)

Sentuhan yang dilakukan ibu pada bayinya seperti membelai-belai kepala bayi dengan lembut, mencium bayi, menyentuh wajah dan ekstremitas, memeluk dan menggendong bayi, dapat membuat bayi merasa aman dan nyaman.

##### b. *Eye to eye contact* (kontak mata)

Bayi baru lahir dapat memusatkan perhatian pada suatu obyek, satu jam setelah kelahiran pada jarak sekitar 20-25 cm, dan dapat memusatkan pandangan sebaik orang dewasa pada usia sekitar 4 bulan. Kontak mata antara ibu dan bayinya harus dilakukan sesegera mungkin setelah bayi lahir.

##### c. *Odor* (bau badan)

Bayi begitu dilahirkan, indra pencium bayi sudah berkembang dengan baik dan sangat berperan dalam nalurinya untuk mempertahankan hidup. Oleh karena itu ketika dilakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini), kedua telapak tangan bayi tidak boleh dibersihkan agar bau air ketuban yang ada di tangan tersebut tetap

terjaga dan menjadi panduan bagi bayi untuk menemukan puting susu ibunya.

d. *Body warm* (kehangatan tubuh)

Bayi baru lahir sangat mudah mengalami hypothermi karena tidak ada lagi air ketuban yang melindunginya dari perubahan suhu yang terjadi secara ekstrim di luar uterus. Jika tidak ada komplikasi yang serius pada ibu dan bayi selama proses persalinan, bayi dapat diletakkan di atas perut ibu segera setelah dilakukan pemotongan tali pusat. Kontak antara ibu dan bayi yang dilakukan segera setelah lahir ini dikenal dengan istilah Inisiasi Menyusu Dini (IMD).

e. *Voice* (Suara)

Sistem pendengaran janin sudah mulai berfungsi pada usia sekitar 30 minggu atau memasuki trimester ketiga kehamilan. Sejak dilahirkan, bayi dapat mendengar suara-suara dan membedakan nada, meskipun suara-suara tersebut terhalang selama beberapa hari oleh cairan amnion dari rahim yang melekat pada telinga.

f. *Entrainment* (gaya bahasa)

Bayi baru lahir mulai membedakan dan menemukan perubahan struktur bicara dan bahasa dari orang-orang yang berada di sekitarnya.

g. *Biorhythmic* (irama kehidupan)

Di dalam rahim janin belajar menyesuaikan diri dengan irama alamiah ibunya, seperti detak jantung. Selama lebih kurang 40 minggu di dalam rahim, janin terbiasa mendengar suara detak jantung ibu (Dewi, 2014).

**D. Masalah pada masa nifas**

a. Nyeri setelah melahirkan

Akibat kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus menyebabkan nyeri setelah melahirkan. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Karena wanita dengan paritas tinggi terjadi penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intern. Berbeda halnya dengan wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, yang menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofisi posterior adalah hisapan bayi. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu reflek *let down* (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Apabila uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong maka nyeri setelah persalinan akan hilang. Posisi uterus akan keatas apabila kandung kemih penuh, sehingga menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.

b. Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresisi untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan. Untuk menguranginya ada cara sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

c. Nyeri perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat leserasi atau luka episiotomi dan jahitan leserasi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma, penting untuk memeriksa perineum yang berguna untuk mengidentifikasi tindakan lanjut apa yang mungkin paling terjadi.

d. Pembesaran payudara

Kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti yang diperkirakan terjadinya pembesaran payudara. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, dan sekitar hari ketiga postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

e. Konstipasi

Jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan tekanan bowel pada saat persalinan maka rasa takut tersebut dapat menghambat fungsi bowel. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

f. Hemoroid

Nyeri akan dirasakan beberapa hari apabila wanita mengalami hemoroid. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan (Islami dkk, 2015).

**E. Komplikasi pada masa nifas**

1) Terjadi infeksi pada masa nifas

Infeksi pasca-partus dengan meningkatnya suhu tubuh lebih dari 38°C tanpa mengikut sertakan hari pertama. Infeksi nifas merupakan keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Demam nifas merupakan demam dalam masa nifas oleh sebab apapun. Berbagai macam jalan kuman masuk ke dalam alat kandungan seperti:

a) Eksogen (kuman datang dari luar)

b) Autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh)

c) Autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh)

d) Endogen (dari jalan lahir sendiri)

Penyebab yang terbanyak dan lebih dari 50% merupakan *streptococcus anaerob* yang sebenarnya tidak patogen sebagai penghuni normal jalan lahir (Sriningsih, 2018). Infeksi nifas tersebut selama proses persalinan dan masa nifas diantaranya :

a) Endometriosis

Endometritis radang selaput lender atau endometritis adalah peradangan yang terjadi pada endometrium yaitu lapisan sebelah dalam pada dinding lahi, yang terjadi akibat infeksi. Terdapat beberapa tipe endometritis yaitu endometritis sinsital (peradangan dinding Rahim akibat tumor jinak dan disertai sel sinsital dan trofoblas yang banyak), serta endometritis tuberkola (peradangan pada dinding endometrium dan tuba fallopi akibat *microbacterium tuberculosis*. Microorganism penyebab endometritis diantaranya *campylobacter foetus*, *brucella s.p*, *vubrio s.p*, dan *tricomonas foetus*. Gejala endometritis yaitu warna lendir yang keputihan sampai kekuningan yang berlebihan dan Rahim membesar. Pengaruh endometritis pada kesuburan dalam jangka pendek adalah menurunkan kesuburan sedangkan dalam jangka panjang dapat

menyebabkan gangguan reproduksi karena terjadi perubahan saluran reproduksi (Sriningsih, 2018).

b) Peritonitis

Merupakan peradangan yang biasanya disebabkan oleh infeksi rongga perut (peritoneum). Peradangan ini adalah komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat penyebaran infeksi dari organ-organ abdomen (misalnya apenditis, salpingitis, erforasi ilkus gastroduodenal), ruptur saluran cerna, komplikasi pasca operasi, iritasi kimiawi, atau luka dari tembusan abdomen. Gejala peritonitis tergantung pada jenis dan penyebaran infeksinya. Biasanya penderita muntah, demam tinggi dan merasakan nyeri tumpul di perutnya. Biasanya terbentuk satu atau beberapa abses. Infeksi dapat meninggalkan jaringan parut dalam bentuk pita jaringan. Bila tidak di obati secara seksama, komplikasi dapat berkembang cepat (Sriningsih, 2018).

c) luka perineum

Robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatic akan memudahkan robekan jalan lahir dan area itu dihindarkan memimpium persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomy, robekan spontan perenium, trauma forceps, atau

vakum ekstraksi atau karena versi ekstraksi. Robekan yang terjadi bisa ringan (ecet, laserasi), luka episiotomy, robekan perineum spontan derajat ringan sampai rupture perinea totalis (singter ani terputus), robekan dinding vagina, ferniks uteri, serviks, daerah sekitar klitoris, uretra dan bahkan yang terhebat rupture uteri. Perdarahan yang terjadi saat kontraksi uterus biasanya karena adanya robekan atau plasenta (Sriningsih, 2018).

d) Thrombophlebitis

Adalah inflamasi pada permukaan pembuluh darah disertai pembentukan bekuan darah. Tromboflebitis cenderung terjadi pada periode pasca partum pada saat kemampuan penggumpalan darah meningkat akibat peningkatan fibrinogen, dilatasi vena ekstremitas bagian bawah disebabkan oleh tekanan kepala janin. Karena kehamilan dan persalinan dan aktivitas pada periode tersebut menyebabkan penimbunan, statis dan pembekuan darah pada ekstremitas bagian bawah. Flegmasia Alba Dolens yaitu suatu tromboflebitis yang mengenai satu atau vena femoralis. Hal ini disebabkan karena adanya trombosis yang disebabkan atau embolus yang disebabkan karena adanya perubahan kerusakan pada intima pembuluh darah, perubahan pada susunan darah, atau karena pengaruh infeksi atau venaseksi.



Lebih sering dijumpai dalam masa nifas dan jarang dalam kehamilan. Faktor-faktor predisposisinya adalah Usia lanjut, Multiparitas, Obstetri operatif. Adanya varises, Infeksi nifas. Diagnosis dan gejala klinis yaitu suhu badan naik, dan pada daerah yang terkena dijumpai nyeri kaki dan betis bila berjalan atau ditekan (tanda Homan) disebut dolor, panas (kalor), dan bengkak (tumor), dan bila ditekan menjadi cekung (Sriningsih, 2018)

## 2) Perdarahan masa nifas

Ada dua jenis perdarahan postpartum yaitu meliputi primer (langsung) dan sekunder (tertunda). Primer terjadi perdarahan waktu 24 jam setelah melahirkan dan sekunder terjadi perdarahan setelah 24 jam pertama sampai 6 minggu setelah melahirkan (Arinda, 2015). Perdarahan postpartum adalah pendarahan yang terjadi dalam 24 jam setelah persalinan berlangsung. Faktor-faktor yang menyebabkan perdarahan postpartum yaitu :

- a) Grandemultipara
- b) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun

- c) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan pertolongan kala uri sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa persalinan dengan narkosa.

Perdarahan dibagi menjadi perdarahan postpartum primer dan sekunder :

- a) Perdarahan postpartum primer

Perdarahan postpartum primer terjadi dalam 24 jam pertama, penyebab utamanya perdarahan postpartum primer adalah atonia uteri retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.

- b) Perdarahan postpartum sekunder

Perdarahan postpartum sekunder terjadi setelah 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan postpartum sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta atau membrane.

Perdarahan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

- a) Atonia uteri

Yang mengancam nyawa ibu bisa terjadi saat pasca persalinan adalah perdarahan. Pada hamil cukup bulan, darah uterus sebanyak 500-800 cc/menit, jika uterus tidak berkontraksi setelah lahir plasenta. Dan terjadi perdarahan sekitar 350-500 cc/mm. dari tempat melekat plasenta,

Miometrium akan menjepit anyaman pembuluh darah pada dinding uterus bila terjadi kontraksi uterus, dan akan terjadi perdarahan yang disebut antoni uteri bila uterus tidak berkontraksi (Sriningsih, 2018).

b) Retensio plasenta

Plasenta belum lahir dalam waktu lebih dari 30 menit setelah bayi lahir disebut retensio plasenta. Yang terjadi akibat kontraksi uterus tidak adekuat selama proses persalinan menyebabkan plasenta tidak dapat lepas dari dinding uterus atau implantasi plasenta terlalu dalam pada dinding uterus (Saleha, 2009).

c) Inverio uteri

Merupakan terbaliknya fundus uteri ke dalam kavum uteri, sehingga timbul nyeri dan perdarahan pada ibu.. inversio uteri disebabkan oleh faktor grande multipara (lebih dari 5 kali hamil). Tekanan abdomen meningkat dan fundus uteri masih belum berkontraksi baik dan juga terjadi pada persalinan plasenta cretae yang kontraksi otot rahimnya belum kuat, atau terjadi akibat tali pusat sebagai upaya melahirkan plasenta saat kontraksi uterus belum mulai sehingga yang ditarik fundus uteri itu sendiri sehingga menimbulkan inversion uteri (Sriningsih, 2018).

d) Robekan jalan lahir

Yaitu lesereasi atau luka yang terjadi disepanjang jalan lahir (perineum) akibat proses persalinaan. Robekan jalan lahir dapat ditandai dengan perdarahan segar yang mengalir dan terjadi segera setelah bayi lahir, kontraksi uterus baik, plasenta baik, kadang ibu terlihat pucat, lemah mengigil akibat kurangnya hemoglobin (Saleha, 2009).

3) Kelainan payudara

a) Bendungan ASI

Permulaan masa nifas, bila bayi belum menyusui dengan baik atau kemudian apabila kelenjar-kelenjar tidak dikosongkan dengan sempurna, terjadi bendungan ASI. Payudara panas, keras dan nyeri bila diraba suhu badan tidak naik (Sulistiyawati, 2009).

b) Mastitis

Dalam masa nifas dapat terjadi infeksi dan peradangan pada mammae terutama pada primipara. Tanda-tanda adanya infeksi adalah rasa panas dingin di sertai dengan kenaikan suhu, penderita merasa lesu dan tidak ada nafsu makan. Penyebab infeksi adalah staphylococcus aureus. Mama membesar dan nyeri dan pada suatu tempat, kulit merah, membengkak sedikit, dan nyeri pada perabaan.

Jika tidak ada pengobatan bisa terjadi abses (Sriningsih, 2018).

c) Abses payudara

Merupakan kelanjutan atau komplikasi dari mastitis. Uang disebabkan oleh meluasnya peradangan dalam payudara tersebut. Gejala yang dirasakan yaitu ibu tampak ibu lebih parah sakitnya., payudara lebih merah dan mengkilap, benjolan lebih lunak berisi nanah, sehingga untuk mengeluarkan nanah tersebut perlu insisi (Sulistyawati, 2009).

**F. Tahap masa nifas**

1. Puerperium dini

Merupakan kepulihan dimana ibu dapat diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dianggap di agama islam telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2. Puerperium intermedial

Yaitu merupakan dimana terjadi pemulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3. Remote puerperium

Merupakan waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Owaktu yang diperlukan untuk sehat

sempurna bisa bereminggu-minggu, bulan dan tahun (Eni dkk, 2010).

#### **G. Tanda bahaya pada masa nifas**

1. Terjadi perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid pada biasanya atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut dalam waktu setengah jam)
2. Terjadi rasa nyeri pada perut bagian bawah atau punggung
3. Terjadi pengeluaran vagina dengan bau busuk yang keras
4. Ibu mengalami sakit kepala secara terus-menerus, nyeri epigastric, dan terjadi masalah penglihatan
5. Pada wajah terjadi pembengkakan dan tangan demam, muntah, rasa sakit saat buang air seni dan badan merasa tidak enak
6. Terjadi panas, memerah dan sakit pada payudara
7. Untuk waktu yang berkepanjangan kehilangan selera makan
8. Pada kaki sakit, warna merah dan terjadi pembengkakan
9. Ibu merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus dirinya sendiri dan bayinya
10. Nafas terasa terengah-engah dan merasa sangat letih (Putriani, 2014).

## H. Kebutuhan dasar masa nifas

### 1. Gizi

Nutrisi merupakan zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi asi yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa.

#### a. Sumber tenaga (energi)

Untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang, protein digunakan sebagai cadangan untuk memenuhi kebutuhan energi)

#### b. Sumber pembangun (protein)

Protein digunakan untuk pertumbuhan menjadi bahan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Protein dan makanan harus di ubah menjadi asam amin sebelum diserap oleh sel mukosa usus dan dibawa kehati melalui pembuluh darah vena porta. Dapat diperoleh sumber protein dari protein hewani (ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu dan keju) dan protein nabati (kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu dan tempe).

c. Sumber pelindung dan pengatur (mineral, vitamin dan air)

Unsur-unsur tersebut digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh.

a) Jenis-jenis mineral penting

- (a) Zat kapur
- (b) Fosfor
- (c) Zat besi
- (d) Yodium
- (e) Kalsium

b) Jenis-jenis vitamin

- (a) Vitamin A
- (b) Vitamin B I (thiamin)
- (c) Vitamin B 2 (riboflavin)
- (d) Vitamin B3 (niacin)
- (e) Vitamin B6
- (f) Vitamin B12
- (g) Folic acid
- (h) Vitamin C
- (i) Vitamin D
- (j) Vitamin K (Eni dkk, 2010).



## 2. Ambulasi dini

Ambulasi dini disebut early ambulation, merupakan kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya membimbingnya secepat mungkin berjalan. Keuntungan dari ambulasi dini yaitu :

- a. Klien akan merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat
- b. Faal usus dan kandung kemih lebih baik
- c. Dapat memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, memandikan dll selama ibu dalam masa perawatan (Eni dkk, 2010).

## 3. Eliminasi

### a. Miksi

Dikatakan normal bila dapat buang air kecil spontan 3-4 jam, ibu diusahakan data buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan :

- 1) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien
- 2) Mengompres air hangat diatas simfisis

### b. Defekasi

Biasanya post partum masih sulit buang air besar 2-3 hari. Jika pada hari ke 3 klien belum juga buang air besar maka akan diberikan laksan supositoria dan minum air hangat. Agar buang air besar secara teratur maka dapat dilakukan dengan diet teratur,

pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, dan olahraga.

c. Kebersihan diri

1) Perawatan perineum

Setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin. Caranya yaitu dibersihkan dengan air bersih. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas, dan merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anus sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali.

2) Perawatan payudara

(a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu dengan menggunakan BH yang menyongkong payudara.

(b) Apabila puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setia selesai menyusui. Menyusui tetap dilalukan dimulai dari puting yang tidak lecet.

(c) Apabila lecet sangat besar dapat diistirahatkan selama 24 jam, ASI dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok.

(d) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet setiap 4-6 jam (Eni dkk, 2010).

#### 4. Istirahat

Kebahagiaan setelah melahirkan membuat sulit istirahat. Seorang ibu baru akan cemas apakah ia mampu merawat anaknya atau tidak. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga perlahan-lahan serta tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Eni dkk, 2010).

#### 5. Sekual

Apabila perdarahan telah berhenti dan episiotomy sudah sembuh maka coitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu post partum. Hasrat seksual pada bulan pertama akan berkurang baik kecepataannya maupun lamanya. Secara fisik aman untuk mulai melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat

memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan seksual suami istri (Eni dkk, 2010).

#### 6. Keluarga berencana

a) Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Setiap pasangan harus menentukan sendiri kapan dan bagaimana mereka ingin merencanakan tentang keluarganya.

b) Biasanya ibu post partum tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan haidnya selama meneteki, oleh karena itu amenorea laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan.

c) Sebelum menggunakan metode KB hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu kepada ibu meliputi :

- (1) Bagaimana metode ini dapat mencegah kehamilan serta metodenya
- (2) Kelebihan dan keuntungan
- (3) Efek samping
- (4) Kekurangannya
- (5) Bagaimana menggunakan metode ini
- (6) Kapan metode ini dapat dimulai digunakan untuk wanita pasca persalinan yang menyusui

d) Jika pasangan milih KB tertentu, ada baiknya untuk bertemu dengannya lagi dalam dua minggu untuk mengetahui apakah adakah yang ingin ditanyakan oleh ibu atau pasangan dan untuk melihat apakah metode tersebut bekerja dengan baik (Enidkk, 2010).

### **I. Kunjungan Masa Nifas**

1. Pelayanan kesehatan pada ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan kunjungan minimal 3 kali yaitu sebagai berikut :
  - a) Kunjungan pertama : 6 jam – 3 hari setelah persalinan
  - b) Kunjungan kedua : hari ke 4- 28 hari setelah persalinan
  - c) Kunjungan ketiga : 29 hari-42 hari setelah persalinan
2. Pelayanan kesehatan ibu nifas antara lain :
  - a) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
  - b) Pengukuran tekanan darah, pernapasan, suhu tubuh, dan nadi
  - c) Pemeriksaan lochia dan perdarahan
  - d) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
  - e) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
  - f) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif
  - g) Pemberian Kapsul Vit. A
  - h) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
  - i) Konseling
  - j) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi

k) Memberikan nasihat yaitu:

- 1) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan
- 2) Kebutuhan air minum pada ibu menyusui 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari
- 3) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan pada daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
- 4) Ibu istirahat saat bayi tidur, istirahat cukup.
- 5) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga luka bekas operasi
- 6) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- 7) Perawatan bayi yang benar.
- 8) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi setres.
- 9) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- 10) Untuk konsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan (Kemenkes RI Buku KIA, 2015).

## 2.2.1. KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR

### A. Pengertian bayi baru lahir

Bayi baru lahir merupakan bayi baru lahir pada UK 37-42 minggu yang mampu hidup diluar kandungan dan berat badan 2.500-4.000 gram. bayi baru lahir disebut juga neonatus (Dewi dkk, 2010).

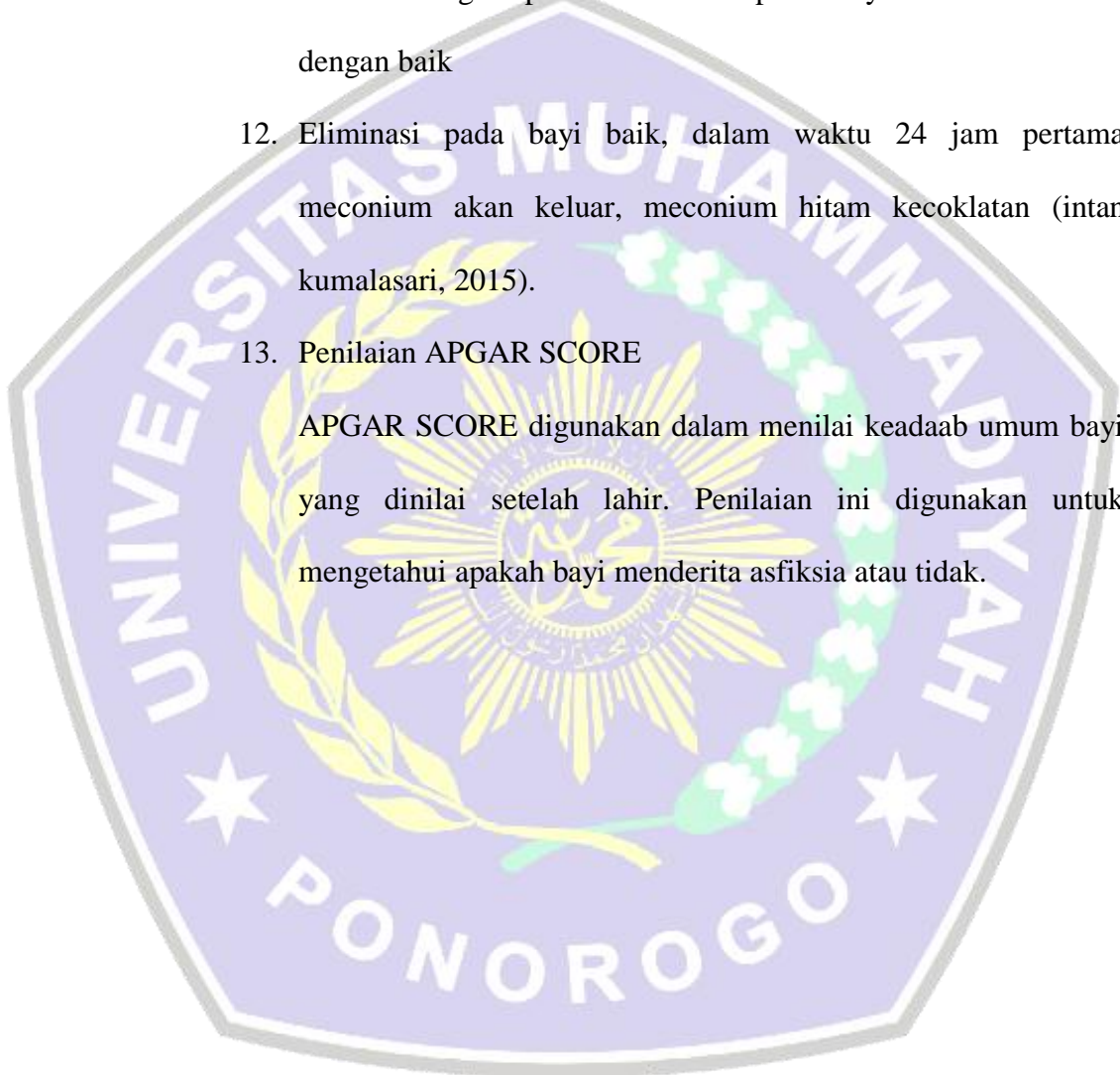
Bayi baru lahir disebut juga neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh yang baru saja mengalami trauma kelahiran dan harus dapat melakukan penyesuaian diri kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauteri. Bayi normal merupakan bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan bayi 2.500-4.000 gram (Nanny, 2011).

### B. Ciri-ciri bayi baru lahir normal

1. Berat badan 2.500-4.000 gram
2. Panjang badan bayi 48-50 cm
3. Lingkar dada 30-38 cm
4. Frekuensi jantung bayi 120-160x/menit
5. Pernafasan bayi kurang lebih 40-60x/menit
6. Kulit bayi kemerah-erahan dan licin karena jaringan subkutan cukup banyak
7. Rambut kepala biasanya telah sempurna, rambut lanugo pada bayi tidak terlihat
8. Kuku agak panjang dan lemas

9. Testis pada bayi laki-laki sudah turun, scrotum sudah ada. Pada bayi perempuan genitalia labia mayora sudah menutupi labio minora
10. Reflek moro atau gerak memeluk bila bayi dikagetkan sudah baik
11. Reflek menghisap dan menelan pada bayi sudah terbentuk dengan baik
12. Eliminasi pada bayi baik, dalam waktu 24 jam pertama meconium akan keluar, meconium hitam kecoklatan (Intan Kumalasari, 2015).
13. Penilaian APGAR SCORE

APGAR SCORE digunakan dalam menilai keadaan umum bayi yang dinilai setelah lahir. Penilaian ini digunakan untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak.





Tabel 2.5  
Tabel penilaian APGAR

Gejala	0	1	2
Warna kulit	Biru/pucat	Badan merah/ekstremitas pucat	Seluruhnya merah
Denyut jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Reaksi terhadap rangsangan	Tidak ada	Meringis	Menangis
Otot	lemas	Reflek lemah	Gerak aktif, reflek baik
Pernafasan	Tidak ada	Lemah, menangis lemah	Baik. Menangis kuat

Sumber : Manuaba, 2010

Interpretasi :

- a) Nilai 1-3 asfiksia berat
- b) Nilai 4-6 asfiksia sedang
- c) Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

(Dwienda dkk, 2014)

### **C. Klasifikasi bayi baru lahir**

- a. Pre term : usia kurang dari 37 lengkap (kurang dari 259)
- b. Term : mulai dari 37 minggu sampai dengan kurang dari 42 minggu lengkap
- c. Post term : 42 minggu lengkap atau lebih (294 hari)

(Fajraiah, 2013).

### **D. Tanda bahaya bayi baru lahir**

1. Tidak mau minum atau menyusu
2. Tarikan dinding dada kedalam dada yang sangat kuat
3. Merintih
4. Keluar nanah dari mata
5. Pusat kemerahan dan meluas kedinding perut
6. Bergerak hanya jika dirangsang atau latergis
7. Frekwensi nafas bayi 30x/menit dan 260x/menit

(Maryunani, 2014).

### **E. Masalah Pada Bayi Baru Lahir**

1. Hipoglikemia

Konsentrasi glukosa darah bayi lebih rendah dibanding konsentrasi rata-rata pada populasi bayi dengan umur dan BB sama (>30 mg% pada bayi cukup bulan dan < 20 mg% pada bayi BBLR) (Sulis, 2017).

## 2. Hipotermi

Suhu normal bayi baru lahir adalah 36,5-37,5°C (suhu ketiak). Gejala awal hipotermi, apabila suhu dibawah 36°C atau kedua kaki dan tangan teraba dingin. Bila seluruh tubuh bayi teraba dingin, maka bayi mengalami hipotermi sedang (suhu 32-36°C) dan hipotermi berat jika suhu tubuh kurang dari 32°C (Sulis, 2017).

## 3. Ikterus

Ikterus merupakan penyakit kuning pada kulit atau organ lain, akibat peningkatan bilirubin. Ikterus di bagi menjadi 2 yaitu ikterus fisiologis dan patologis. Ikterus fisiologis kadar bilirubin indirek tidak melebihi 10 mg%, pada neonatus cukup bulan dan 12,5 mg% untuk neonatus kurang bulan, sedangkan ikterus patologis terjadi pada 24 jam pertama konsentrasi bilirubin serum 12,5 mg% pada neonatus cukup bulan atau 10 mg% pada neonatus kurang bulan (Sulis, 2017).

## 4. Seborrhea

Merupakan suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan kadang pada bagian tubuh lainnya. Biasanya, proses pergantian sel-sel pada kulit kepala terjadi secara perlahan-perlahan dan tidak terlihat oleh mata (Sudarti, 2010).

## 5. Miliriasis

Merupakan dermatosis yang disebabkan oleh retensi keringat akibat tersumbatnya pori kelenjar. Miliriasis disebut juga *sudamina*. Biang keringat, keringat buntet, *ikat tropikus*, *pickle heat*. Miliriasis adalah dermatosis yang disebabkan oleh retensi keringat akibat tersumbatnya pori kelenjar keringat. (Vivian, 2010). Biang keringat merupakan gangguan pada kulit berupa ruam kemerahan yang terasa gatal. Biang keringat sering terjadi pada bayi, balita, anak-anak, walaupun tidak sedikit orang dewasa yang mengalaminya terutama saat cuaca panas dan lembab (Djunarko dkk, 2011).

## 6. Muntah dan gumoh

Merupakan gangguan dalam sistem integument yaitu suatu gangguan yang berhubungan dengan jaringan penutup permukaan tubuh, seperti membrane mukosa dan kulit, yang sering terjadi dan bersifat relatif ringan. Gangguan ini sering dialami oleh bayi dan anak. Meskipun sifatnya relatif ringan, apabila tidak ditangani secara serius, maka hal tersebut akan memperburuk kondisi kesehatan bayi dan anak (Vivian, 2010).

## 7. Oral trush

Sariawan atau stomatitis merupakan radang pada rongga mulut (bibir dan lidah) yang disebabkan oleh jamur *candida albicans* / moniliasis dan hygiene (Kristyanasari, 2010)

## 8. Diaper rash

Kelainan kulit yang timbul akibat radang di daerah yang tertutup pokok, yaitu di alat kelamin, sekitar dubur, bokong, lipatan paha dan perut bagian bawah. Penyakit ini sering terjadi pada bayi dan balita yang menggunakan popok, boiasanya pada usia kurang dari tiga tahun, paling banyak usia 9-12 bulan (Rukyah, 2010).

### F. Reflek pada bayi baru lahir

#### 1. *Reflek glabellar* (Refleks kedipan)

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

#### 2. *Reflek rooting* (Refleks mencari)

Apabila pipi bayi disentuh, bayi akan menoleh kearah stimulus dan membuka mulutnya (Marmi, 2012).

#### 3. *Reflek sucking* (Refleks menghisap)

Benda menyentuh bibir disertai reflek menelan. Tekanan pada mulut bayi pada mulut bagian dalam gusi atas timbul hisapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada bayi saat menyusu (Marmi, 2012).

#### 4. *Reflek tonick neck* (Refleks menoleh)

Pada keadaan normal bayi akan berusaha untuk mengembalikan kepala ketika diputar kesisi pengujian saraf sensori, apabila bayi diletakkan dalam posisi terlentang, putar

kepala ke satu sisi dengan badan ditahan, ekstremitas terekstensi pada sisi kepala yang diputar, tetapi ekstremitas pada sisi lain fleksi (Dewi, 2011).

5. *Reflek swallowing* (Refleks menelan)

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

6. *Reflek morro* (refleks terkejut)

Bayi akan memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan aduksi yang lebih lambat dan kemudian timbul fleksi ketika bayi dikagetkan (Indaryani, 2013).

7. *Reflek grasping* (refleks mengengam)

Ketika telapak tangan bayi distimulus dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa mengengam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012).

8. *Reflek babinsky*

Bayi akan menunjukkkn respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dngan ibu jari dorsi fleksi apabila dilakukan goresan pada telapak kaki yang dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki (Marmi, 2012).

9. *Reflek ekstruksi*

Bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting bayi akan menjulurkan lidahnya (Marmi, 2012).

10. *Reflek walking* (refleks melangkah)

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

11. *Reflek crawling* (refleks merangkak)

Bila diletakkan terlungkup pada permukaan datar bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki (Marmi, 2012).

**G. Kebutuhan dasar bayi baru lahir**

1. Nutrisi

Makanan yang terbaik untuk bayi adalah ASI, yang mengandung zat gizi sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, setiap 2-4 jam biasanya bayi akan merasa lapar. Sebelum bayi berumur 6 bulan jangan berikan susu formula (Shakina, 2013).

2. Eliminasi

Pertama kali urine dikeluarkan dalam 24 jam pertama setelahnya dengan frekuensi semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urine encer, berwarna kuning dan tidak berbau (Sulistyawati, 2009). Warna feses pertama berwarna hijau

kehitaman, lengket dan mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga sampai kelima kelahiran, feses mengalami tahapan transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Freser, 2009).

### 3. Istirahat dan tidur

Dalam waktu 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai malam hari pada usia 3 bulan. Ibu sebaiknya selalu menyediakan selimut dan ruangan yang hangat, dan memastikan bayi tidak terlalu panas atau terlalu dingin. Jumlah waktu tidur bayi akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Vivian, 2011).

Tabel 2.6  
Waktu istirahat bayi

Usia	Lama tidur
1 minggu	16,5 jam
1 tahun	14 jam
2 tahun	13 jam
5 tahun	11 jam
9 tahun	10 jam

Sumber : (Vivian, 2011)

### 4. Kebersihan kulit

Perlu benar-benar dijaga kebersihan kulit bayi. Mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan setiap hari, tetapi bagian seperti muka, bokong dan pusat perlu dibersihkan secara teratur. Sebaiknya orang tua atau orang lain yang ingin



memegang bayi diharuskan mencuci tangan terlebih dahulu (Vivian, 2011).

#### 5. Keamanan

Hal-hal yang harus dipastikan dalam menjaga keamanan bayi yaitu dengan tetap menjaganya. Tanpa ada yang menunggu jangan sekalipun meninggalkan bayi. Selain itu juga harus dihindari memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI. Karena bayi akan tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan ditempat tidur bayi (Vivian, 2011).

### **H. Perubahan fisiologi bayi baru lahir**

#### 1. Adaptasi ekstra uteri yang terjadi cepat

##### a) Perubahan pernafasan

Ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir yaitu saat kepala bayi melewati jalan lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada didalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian prifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu serta mekan bayi memuai aktivitas nafas untuk pertama kali.

Tekanan intoraks yang negative disertai dengan aktivisasi nafas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali nafas pertama, udara dari luar mulai

mengisi jalan nafas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveoli mengembang karena terisi udara.

b) Perubahan sirkulasi

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada menyebabkan reaksi selanjutnya.

Sirkulasi janin memiliki karakteristik sirkulasi bertekanan rendah. Karena paru-paru adalah organ tertentu yang berisi cairan, maka paru-paru memerlukan aliran darah yang minimal, sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru-paru mengalir melalui lubang antara antrium kanan dan kiri yang disebut foramen ovale. Darah yang kaya akan oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus.

c) Termoregulasi

Akan berada ditempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah sesaat setelah bayi lahir. Bila dibiarkan saja dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konversi dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit.

Berikut adalah penjelasan mengenai evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi :

(1) Evaporasi

Cairan atau ketuban yang membasahi kulit bayi dan menguap, misalnya yaitu bayi baru lahir tidak langsung dikeringkan dari air ketuban.

(2) Konduksi

Pindahannya panas tubuh bayi karena kulit bayi langsung kontak dengan permukaan yang lebih dingin, misalnya yaitu popok atau celana basah tidak langsung diganti.

(3) Konveksi

Hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara di sekeliling bayi, misalnya bayi baru lahir diletakkan di dekat pintu atau jendela terbuka.

(4) Radiasi

Panas tubuh yang memancar ke lingkungan sekitar bayi yang lebih dingin, misalnya yaitu bayi baru lahir diletakkan di tempat dingin (Elisabeth dkk, 2016).

## 2. Adaptasi ekstra uteri yang terjadi secara kontinu

### a. Perubahan pada darah

#### 1) Kadar hemoglobin (Hb)

Bayi dilahirkan dengan kadar Hb yang tinggi. Konsentrasi Hb normal dengan rentang 13,7-20 gr%. Hb yang dominan pada bayi merupakan hemoglobin F yang secara bertahap akan mengalami penurunan selama 1 nulan. Hb bayi memiliki daya ikat (afinitas) yang tinggi terhadap oksigen, hal ini merupakan efek yang menguntungkan bagi bayi. Selama beberapa hari kehidupan, kadar Hb akan mengalami peningkatan sedangkan volume plasma menurun. Akibat penurunan volume plasma tersebut maka kadar hematokrit (Ht) mengalami peningkatan. Kadar Hb selanjutnya akan mengalami penurunan secara terus-menerus selama 7-9 minggu. Kadar Hb bayi usia 2 bulan normal merupakan 12 gr%.

#### 2) Sel darah merah

Sel darah merah bayi baru lahir memiliki usia yang sangat singkat (80 hari) jika dibandingkan dengan orang dewasa (120 hari). Pergantian sel yang sangat cepat ini akan menghasilkan lebih banyak sampah metabolik, termasuk bilirubin yang harus dimetabolisme. Kadar bilirubin yang berlebihan ini menyebabkan icterus fisiologis yang terlihat pada bayi baru lahir, oleh karena itu ditemukan hitung

retikulosit yang tinggi pada bayi baru lahir, hal ini mencerminkan adanya pembentukan sel darah merah dalam jumlah yang tinggi.

### 3) Sel darah

Jumlah sel darah putih rata-rata memiliki rentang mulai dari 10.000-30.000/mm. Peningkatan lebih lanjut dapat terjadi pada bayi baru lahir normal selama 24 jam pertama kehidupan. Periode menangis yang lama juga dapat menyebabkan hitung sel darah putih meningkat.

#### b. Perubahan pada sistem gastrointestinal

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 esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan "Gumoh" pada bayi baru lahir dan neonatus. Kapasitas lambung sendiri kurang terbatas yaitu 30 cc untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan, dan kapasitas lambung ini akan bertambah secara lambat bersamaan dengan pertumbuhannya.

c. Perubahan pada sistem imun

Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi. Berikut adalah contoh kekebalan alami :

- 1) Perlindungan dari membrane mukosa
- 2) Fungsi saringan saluran nafas
- 3) Pembentukan koloni mikroba dikulit dan usus
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung

d. Perubahan pada sistem ginjal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus tidak matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urin dengan baik, tercermin dari berat janin urine (1,004) dan osmolalitas urine yang rendah, semua kebatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan BBL mengekskresikan sedikit urine pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml (Elisabeth dkk, 2016).

e. Pelindungan termal

Untuk meminimalkan kehilangan panas tubuh bayi baru lahir beberapa upaya yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Setiap selimut, topi, pakaian dan kaos kaki bayi hangatkan dahulu sebelum kelahiran.
- 2) Segera keringkan BBL.
- 3) Hangatkan dahulu area resusitasi BBL.
- 4) Atur suhu ruangan kelahiran pada suhu 24°C.
- 5) Jangan lakukan pengisapan pada bayi baru lahir di atas alas tempat tidur yang basah.
- 6) Tunda memandikan BBL sampai suhunya stabil selama 2 jam atau lebih.
- 7) Atur agar ruangan perawatan bayi baru lahir jauh dari jendela, pintu, lubang ventilasi atau pintu keluar.

Pertahankan kepala bayi baru lahir tetap tertutup dan badannya dibedong dengan baik selama 48 jam pertama (Elisabeth dkk, 2016).

f. Pemeliharaan pernafasan

1) Stimulasi taktil

Realisasi dari langkah ini yaitu dengan mengeringkan badan bayi segera setelah lahir dan melakukan masase pada punggung. Jika observasi nafas bayi belum maksimal, lakukan stimulasi pada telapak kaki dengan menjepitkan ujung jari penolong.

## 2) Mempertahankan suhu hangat untuk bayi

Sangat membantu menstabilkan upaya bayi dalam bernafas bila suhu hangat. Letakkan bayi diatas tubuh ibu yang tidak tertutupi kain (dalam keadaan telanjang), kemudian tutupi keduanya dengan selimut yang dihangatkan terlebih dahulu. Jika ruangan ber AC, sorotkan lampu penghangat kepada ibu dan bayinya.

## 3) Menghindari prosedur yang tidak perlu

Ketiak melakukan perawatan bayi baru lahir, hindari prosedur yang sebenarnya tidak perlu seperti :

- (a) Menghisap lender yang ada disaluran napas bayi, padahal bayi sudah berhasil menangis dan melakukan nafas pertamanya.
- (b) Melakukan stimulus taktil yang berlebihan, menampar pipi bayi baru lahir.
- (c) Memandikan bayi segera setelah lahir.

## 4) Melakukan pemeriksaan fisik kepada bayi dalam satu jam pertama kelahiran. Sebaiknya bairkan bayi diatas perut ibu untuk melakukan IMD dan menstabilkan suhu tubuhnya melalui radiasi panas tububnya.

### g. Pemotongan tali pusat

Pemotongan tali pusat menyebabkan pemisahan fisik terakhir antara ibu dan bayi. Waktu pemotongan tali pusat tergantung



dari pengalaman seorang ahli kebidanan. Dapat dilakukan pada bayi normal pemotongan sampai denyut nadi tali pusat terhenti, sedangkan pada bayi gawat (higt risk baby) perlu dilakukan pemotongan tali pusat secepat mungkin agar dapat dilakukan resusitasi sebaik-baiknya.

Bahaya lain yang ditakutkan yaitu bahaya infeksi. Untuk menghindari infeksi tali pusat yang menyebabkan sepsis, meningitis dll, maka di tempat pemotongan, di pangkal tali pusat, serta 2,5 cm di sekitar pusat diberi obat antiseptic. Selanjutnya tali pusat dirawat dalam keadaan steril atau bersih dan kering.

1) Penjepitan tali pusat setelah bayi lahir

Praktik ini umumnya didukung oleh komunitas obstetric, namun tidak digunakan di beberapa Negara. Karena para pendukung praktik ini mengkhawatirkan adanya efek samping bayi jika penjepitan tali pusat ditunda seperti adanya gawat pernafasan, polisitemia sindrom hiperviskositas dan hiperbilirubinemia.

2) Penundaan penjepitan tali pusat

Berikut adalah beberapa keuntungan penjepitan tali pusat yaitu :

- (a) Berlanjutnya bolus atau aliran darah terokigenasi selama nifas pertama tidak teratur

(b) Volume yang besar meningkatkan perfusi kapiler-kapiler paru-paru

(c) Pencapaian oksigen adekuat yang lebih cepat membuat penutupan struktur janin seperti duktus anterior.

### 3) Mengikat tali pusat

Setelah dipotong, tali pusat menggunakan benang dengan kuat. Namun dengan adanya perkembangan teknologi, pengikatan tali pusat saat ini dilakukan dengan menggunakan penjepitan untuk satu kali pakai sampai dengan tali pusat lepas. Penjepit ini biasanya terbuat dari plastic dalam kemasan steril dari pabrik. Pengikatan dilakukan dijarak 2,5 cm dari umbilicus (Elisabeth dkk, 2016).

## **I. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal**

### 1. Memotong tali pusat

a. Melakukan penjepitan tali pusat dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, kemudian memurut tali pusat dengan kearah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dari klem

b. Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi bagian tubuh bayi) lalu memotong tali pusat diantara kedua klem

c. Pengikatan tali pusat dengan jarak kurang 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan

simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan menggunakan kasa steril, lepaskan klem tali pusat, lalu memasukkannya kedalam larutan klorin 0,5% (Dewi, 2012).

## 2. Mencegah hipotermi dan mempertahankan suhu bayi

### a. Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir

Bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh dikarenakan kondisi bayi baru lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela atau pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan. Hal ini dapat mengakibatkan serangan dingin (*cold stress*) yang merupakan gejala awal hipotermia. Bayi yang mengalami kedinginan biasanya tidak menunjukkan gejala menggigil oleh karena control suhunya belum stabil (bekerja sempurna).

### b. Mencegah hipotermi pada bayi

Bayi baru lahir harus segera dikeringkan dibungkus dengan menggunakan kain yang kering dan bersih. Selanjutnya bayi diletakan terkelungkup diatas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan.

### c. Menunda memandikan bayi

Pada bayi baru lahir beresiko dengan BB < 2.500 gram atau keadaanya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuh bayi stabil dan mampu menghisap ASI, sedangkan bayi baru lahir cukup bulan dengan BB > 2.500 gram dan

menangis kuat bisa dimandikan menggunakan air hangat kurang lebih 24 jam setelah kelahiran bayi.

### 3. Menghindari kehilangan panas

Pada bayi baru lahir untuk menghindari kehilangan panas ada empat cara yaitu melalui radiasi, evaporasi, konduksi dan konveksi (Dewi, 2012).

## **J. Penyuluhan sebelum bayi pulang**

Penyuluhan yang dapat diberikan sebelum bayi pulang terdiri dari :

### 1. Perawatan tali pusat

Dalam melakukan perawatan tali pusat bidan hendaknya menasehati ibu agar tidak membubuhkan apa pun daerah sekitar tali pusat karena dapat terjadi infeksi. Infeksi terjadi karena peningkatan kelembapan badan bayi (akibat penyerapan oleh bahan tertentu) sehingga menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri (Dewi, 2010).

### 2. Pemberian ASI

Penyuluhan yang dapat diberikan kepada ibu sebelum pulang yang terkait dengan perawatan bayi seperti berikut :

- a) Menyediakan nutrisi yang baik untuk bayi dengan memberikan asi eksklusif 6 bulan secara on deman (kehendak bayi).
- b) Menyediakan antibody (kolostrum) untuk melindungi bayi dari infeksi

- c) Mempererat hubungan ibu dan anak melalui kasih sayang (bonding attachment)
- d) Memberitahu ibu proses menyusui yang benar dan tanda bayi menghisap dengan benar (Rochman dkk, 2011).

(1) Cara menyusui dengan sikap duduk :

(a) Posisi duduk dengan santai dan tegak menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi

(b) Sebelum mulai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit

(2) Melepas isapan bayi

(3) Kemudian menyusui berikutnya dimulai pada payudara yang sebelum terkosongkan (yang dihisap terakhir)

(4) Setelah menyusui selesai, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya, dan biarkan kering dengan sendirinya

(5) Yang terakhir adalah menyendawakan bayi (Rochmah, 2011).

e) Menjaga kesehatan bayi

Segera hangatkan bayi apabila suhu bayi kurang dari 36,5°C dengan teknik metode kangguru, perawatan dengan teknik kangguru merupakan perawatan untuk bayi premature dengan melakukan kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi. Metode ini sangat tepat untuk keselamatan bayi yang lahir premature atau aterm. Bila ada kontak langsung antara kulit ibu dan

kulit bayi kehangatan tubuh ibu merupakan sumber panas yang efektif (Rochmah dkk, 2011).

#### **K. Kunjungan bayi baru lahir**

##### 1. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1)

Dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir. Hal yang dilaksanakan yaitu menjaga kesehatan bayi, memberikan ASI eksklusif dan merawat tali pusat.

##### 2. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir, yang dilaksanakan yaitu menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI eksklusif, mencegah infeksi dan merawat tali pusat.

##### 3. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3)

Dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir. Yang dilaksanakan yaitu pemeriksaan ada atau tidak tanda bahaya atau gejala sakit, melakukan kehangatan tubuh dan memberikan ASI eksklusif dan merawat tali pusat (Walyani, 2014).

## 2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

### A. Pengertian

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” yang artinya mencegah atau melawan, sedangkan “konsepsi” merupakan pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan kehamilan. Kontrasepsi merupakan mencegah atau menghindari terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma (Intan, 2015).

Kontrasepsi adalah pencegahan menempelnya sel telur yang dibuahi ke dinding rahim atau pencegahan pembuahan sel telur dan sel sperma (konsepsi) (Nina dkk, 2013).

### B. Tujuan

Tujuan dari keluarga berencana yaitu :

1. Tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk terkendalikan
2. Jumlah peserta KB atas dasar kesadaran meningkat, sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama
3. Menurunnya kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan, usaha-usaha berkembang dalam membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak (Imelda dkk, 2018).

## C. Jenis-jenis metode kontrasepsi

### 1. Metode Keluarga Alamiah

#### a) Metode Amenoea Laktasi (MAL)

##### 1) Definisi

Merupakan kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, maksudnya adalah diberikan ASI tanpa tambahan makanan dan minuman yang lainnya, kontrasepsi ini dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (lebih efektif bila pemberian lebih dari 8 kali sehari), umur bayi kurang dari 6 bulan dan belum mengalami haid (Saifuddin, 2013).

##### 2) Cara kerja

Cara kerja dari MAL yaitu menunda atau menekan terjadinya ovulasi, hormon yang berperan pada saat menyusui adalah prolactin dan oksitosin. Semakin sering menyusui maka terjadi peningkatan kadar prolactin dan hormon honadotropin melepaskan hormone penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga ovulasi tidaka akan terjadi.

##### 3) Evetivitas

Efektifitas dari MAL sangat tinggi sekitar 98% apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan diantara :



digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum haid pasca makanan dan minuman tambah.

4) Keterbatasan

- a) Memerlukan persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam waktu 30 menit pasca persalinan
- b) Mungkin sulit dilakukan karena kondisi social
- c) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis

5) Keuntungan

a) Untuk bayi

- (1) Mendapat kekebalan pasif
- (2) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tubuh kembang bayi yang optimal
- (3) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.

b) Untuk ibu

- (1) Mengurangi perdarahan paca persalinan
- (2) Mengurangi resiko anemia
- (3) Meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi

(Prawiroharjdo, 2014).

## 6) Indikasi

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur < 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan (Prawiroharjdo, 2014).

## 7) kontraindikasi

- a) sudah mendapat haid setelah bersalin
- b) tidak menyusui secara eksklusif
- c) bayinya sudah berumur > 6 bulan
- d) bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

**b) Metode kalender**

## a. Definisi

Pantang berkala merupakan cara atau metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan hubungan seksual atau senggama pada masa subur atau ovulasi

## b. Efektivitas

Metode ini akan lebih efektif bila dilakukan bila dilakukan dengan baik dan benar. Sebelum menggunakan metode ini, pasangan suami istri harus mengetahui masa subur. Diperlukan pengamatan minimal enam kali siklus menstruasi karena masa subur setiap wanita tidaklah sama

. Selain itu metode kalender ini akan efektif apabila digunakan bersama dengan metode kontrasepsi yang lain. Metode kalender akan efektif tiga kali lipat bila dikombinasikan dengan metode simtothermal, hal ini berdasarkan penelitian dr. Johnson dan kawan-kawan di Sidney. Angka kegagalan penggunaan metode ini adalah 14 per 100 wanita per tahun (Marmi, 2016).

c. Manfaat

- 1) Sebagai alat pengendalian atau mencegah kehamilan
- 2) Dapat digunakan para pasangan suami istri untuk mengharapkan bayi dengan senggama tanpa masa subur atau ovulasi untuk meningkatkan kesempatan bisa hamil (Marmi, 2016).

d. Keuntungan

- 1) Metode ini lebih sederhana
- 2) Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat
- 3) Dalam penerapannya tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus
- 4) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 5) Menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
- 6) Tidak memerlukan biaya
- 7) Tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi (Marmi, 2016).

e. Keterbatasan

- 1) Dalam menjalankannya harus ada motivasi dan disiplin
- 2) Memerlukan kerja sama yang baik antara uami dan istri
- 3) Setiap saat pasangan suami istri tidak bisa melakukan senggama
- 4) Pasangan harus mengetahui masa subur dan masa tidak subur
- 5) Harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus
- 6) Tidak teratur siklus menstruasi (menjadi penghambat)
- 7) Dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain akan lebih efektif (Marmi, 2016).

c) **Senggama terputus**

a. Definisi

Merupakan metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

Cara kerjanya yaitu alat kelamin dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah (Prawirohardjo, 2014).

b. Manfaat

1) Kontrasepsi

- (a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Tidak ada efek samping
- (d) Dapat digunakan setiap waktu
- (e) Tidak membutuhkan biaya

2) Nonkontrasepsi

- (a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
- (b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sama

c. Keterbatasan

- 1) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sanggama terputus setiap melaksanakannya
- 2) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis
- 3) Memutus kenikmatan dalam hubungan seksual

d. Indikasi

- 1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana
- 2) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera

- 3) Pasangan yang membutuhkan kontrasepsi sementara, sambil menunggu metode yang lain
- 4) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur
- 5) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung
- 6) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai filosofi untuk tidak memakai metode lainnya

e. Kontraindikasi

- 1) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
- 2) Suami yang sulit melakukan senggama terputus
- 3) Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis
- 4) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama
- 5) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi
- 6) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.

f. Cara penggunaan

- 1) Meningkatkan kerja sama dan membangun saling pengertian sebelum melakukan hubungan seksual dan pasangan harus mendiskusikan dan menyepakati penggunaan metode senggama terputus
- 2) Sebelum berhubungan pria terlebih dahulu mengosongkan kandung kemih dan membersihkan ujung penis untuk menghilangkan sperma dari ejakulasi sebelumnya

- 3) Apabila akan merasa ejakulasi, pria segera mengeluarkan penisnya dari vagina pasangan dan mengeluarkan dari vagina
- 4) Pastikan pria tidak terlambat melaksanakannya
- 5) Senggama tidak dianjurkan pada masa subur

## 2. Metode kontrasepsi PIL

### 1. Pil Progestin (MINIPIL)

#### a. Definisi

Minipil atau pil progestin disebut juga sebagai pil menyusui, minipil adalah pil KB yang hanya mengandung hormone progesterone dalam dosis rendah. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet (Nina dkk, 2013).

#### b. Jenis minipil

- 1) Kemasan dengan isi 28pil yang mengandung 75 mikro gram desogestrel
- 2) Kemasan dengan isi 35 pil mengandung 300 mikro gram lovonorgestrel atau 350 mikro gram noretindron.

#### c. Cara kerja

- 1) Endometrium mengalami tranformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
- 2) Mengetalkan lendir serviks sehingga mengambat penetrasi sperma

- 3) Mengubah motilitas tuba sehingga transformasi sperma terganggu
- 4) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (Prawirohardjo, 2014).

d. Efektivitas

Sangat efektif (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu dua tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare), karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. Penggunaan obat-obat mukolitik asetilsistein bersamaan dengan minipil perlu dihindari karena mukolitik jenis ini dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontraseptif dari minipil dapat terganggu. Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka :

- 1) Jangan sampai ada tablet yang lupa
- 2) Tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari)
- 3) Senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan minipil

e. Keuntungan

- 1) Sangat efektif bila digunakan secara benar
- 2) Tidak mengandung estrogen
- 3) Dapat dihentikan setiap saat
- 4) Tidak mengganggu hubungan seksual



- 5) Tidak mempengaruhi ASI
- 6) Nyaman dan mudah digunakan
- 7) Sedikit efek samping
- 8) Kesuburan cepat kembali

f. Kerugian

Kerugian dari mini pil atau pil progestin yaitu :

- 1) Memerlukan biaya
- 2) Menyusui berkurang maka efektifitas juga akan berkurang
- 3) Harus selalu tersedia
- 4) Efektifitasnya menjadi rendah apabila penggunaan minipil bersamaan dengan obat tuberculosis atau epilepsy
- 5) Setiap hari minipil harus diminum dengan waktu yang sama
- 6) Apabila penggunaan tidak konsisten maka angka kegagalan tinggi
- 7) Kontrasepsi ini tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS

Bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik minipil tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium (Nina dkk, 2013).

g. Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen
- 3) Memiliki tekanan darah tinggi (selama < 180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah
- 4) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak
- 5) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
- 6) Pasca keguguran
- 7) Perokok segala usia
- 8) Pasca persalinan dan tidak menyusui

h. Kontraindikasi

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

i. Waktu mulai penggunaan minipil

- 1) Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid. tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain
- 2) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari ke lima siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk dua hari saja
- 3) Bila pasien tidak haid (amenorea), minipil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama dua hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk dua hari saja
- 4) Bila menyusui antara enam minggu dan enam bulan pascapersalinan dan tidak haid , minipil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh, tidak memerlukan kontrasepsi tambahan
- 5) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan pasien telah menpat haid, minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid
- 6) Minipil dapat diberikan pasca keguguran
- 7) Bila pasien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan mengantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu samapi datangnya haid berikutnya

- 8) Bila kontrasepsi yang sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya. Tidak diperlukan penggunaan metode kontrasepsi ulang lain.
- 9) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin mengantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak diperlukan metode kontrasepsi lain
- 10) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. dilakukan pengangkatan AKDR.

j. Cara penggunaan minipil

- 1) Minum minipil setiap hari pada saat yang sama
- 2) Minum pil yang pertama pada hari pertama haid
- 3) Bila pasien muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil, minumlah pil yang lain, atau gunakan metode kontrasepsi lain bila klien berniat melakukan hubungan seksual pada 48 jam berikutnya
- 4) Bila pasien menggunakan pil terlambat lebih dari 3 jam, minumlah pil tersebut begitu pasien ingat. Gunakan metode pelindung selama 48 jam.

- 5) Bila pasien lupa satu atau dua pil minumlah segera pil yang terlupa tersebut segera pasien ingat dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan
- 6) Walaupun pasien belum haid, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis.
- 7) Bila haid pasien teratur setiap bulan dan kemudian kehilangan satu siklus (tidak haid), atau bila merasa hamil, temui petugas klinik pasien untuk memeriksa uji kehamilan (Prawirohardjo, 2014).

## 2. Pil kombinasi

### a. Definisi

Pil kombinasi merupakan pil yang mengandung hormone estrogen dan progesterone dan sangat efektif bila diminum setiap hari. Pil kombinasi ini harus diminum setiap hari pada jam yang sama. Efek samping pada bulan-bulan pertama berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang. efek samping serius sangat jarang terjadi. Pil ini dapat dipakai pada semua ibu usia reproduksi baik yang mempunyai anak maupun belum mempunyai anak (Nina dkk, 2013).

b. Jenis pil kombinasi

1) Monofasik

Merupakan pil yang terdiri dari 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen atau progestin dalam dosis yang sama dengan 7 tablet tanpa hormone tapi berisi zat besi.

2) Bifasiklam

Pil yang mengandung hormone aktif estrogen atau progestin dalam 2 dosis yangn berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif berisi zat besi yang terdiri dari 21 tablet.

3) Trifasik

Pil yang terdiri dari 21 tablet mengandung hormone aktid esterogen atau progestin dalam 3 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif zat besi.

c. Cara kerja

- 1) Menekan terjadinya ovulasi
- 2) Mencegah terjadinya implantasi
- 3) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma
- 4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

d. Keterbatasan

- 1) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari
- 2) Mual, terutama 3 bulan pertama

- 3) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama
- 4) Pusing
- 5) Nyeri payudara
- 6) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif
- 7) Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi
- 8) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (mengurangi ASI)
- 9) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi, dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seks berkurang
- 10) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada perempuan > 35 tahun dan merokok perlu hati-hati
- 11) Tidak mencegah IMS (infeksi menular seksual), HBV, HIV/AIDS.

e. Indikasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Tidak memiliki anak atau belum memiliki anak
- 3) Wanita gemuk maupun kurus
- 4) Menginginkan metode dengan efektifitas tinggi

- 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- 6) Pasca keguguran
- 7) Nyeri haid yang hebat
- 8) Siklus haid tidak teratur
- 9) Anemia akibat haid yang berlebihan

(Nina dkk, 2013).

f. Kontraindikasi

- 1) Wanita hamil atau dicurigai hamil
- 2) Menyusui secara eksklusif
- 3) Perokok dengan usia 35 tahun
- 4) Penyakit hati akut
- 5) Kanker payudara atau dicurigai
- 6) Tidak dapat teratur menggunakan setiap hari Riwayat DM dan hipertensi (Nina dkk, 2013).

g. Waktu mulai penggunaan

- 1) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid
- 3) Boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke 14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai telah menghabiskan paket pil tersebut



- 4) Setelah melahirkan :
  - a) Setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif
  - b) Setelah 3 bulan dan tidak menyusui
  - c) Pascakeguguran (segera atau dalam waktu 7 hari)
- 5) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid (Prawirohardjo, 2014).

### **3. Metode kontrasepsi suntik**

#### **a. Suntikan kombinasi**

##### 1) Definisi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (cyclofem), dan 50 mg noretidron enantat dan 5 mg estradiol valerat diberikan injeksi IM sebulan sekali (Prawirohardjo, 2014).

##### 2) Efektifitas

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

##### 3) Cara kerja

- a) Menekan ovulasi
- b) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu

c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu

d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

4) Keuntungan

a) Keuntungan kontrasepsi

(1) Resiko terhadap kesehatan kecil

(2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

(3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam

(4) Jangka panjang

(5) Efek samping sangat kecil

(6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

b) Keuntungan nonkontrasepsi

(1) Mengurangi jumlah perdarahan

(2) Mengurangi nyeri saat haid

(3) Mencegah anemia

(4) Mencegah kehamilan ektopik

(5) Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul

(6) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium

(7) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium

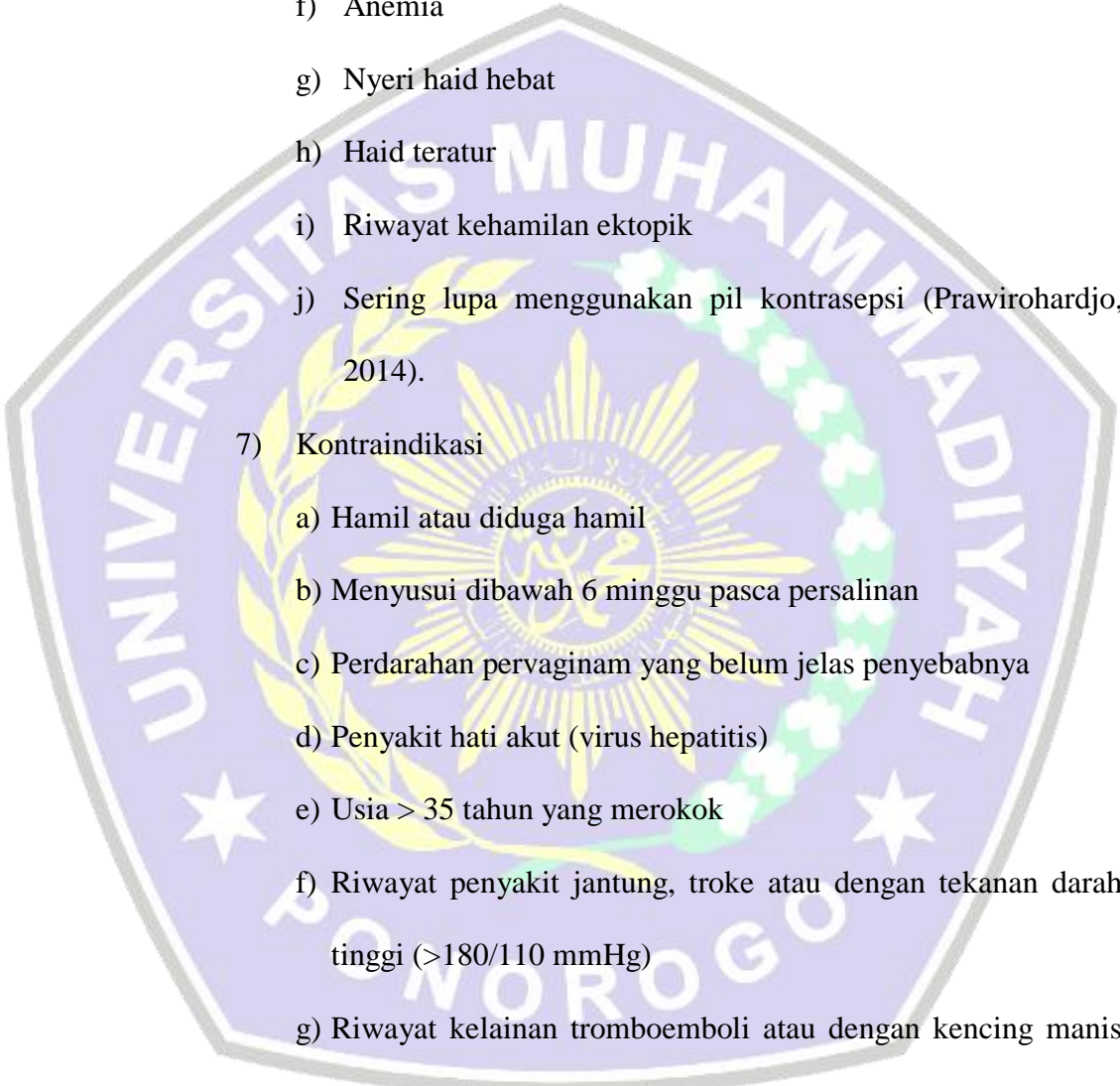
(8) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan yang berusia primenopause (Prawirohardjo, 2014).

## 5) Kerugian

- a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari
- b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga
- c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan
- d) Efektifitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberculosis (rifampisin)
- e) Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak, dan kemungkinan timbulnya tumor hati
- f) Penambahan berat badan
- g) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau virus HIV
- h) Kemungkinan terlamabatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Prawirohardjo, 2014).

## 6) Indikasi

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak

- c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi
  - d) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan
  - e) Pasca persalinan dan tidak menyusui
  - f) Anemia
  - g) Nyeri haid hebat
  - h) Haid teratur
  - i) Riwayat kehamilan ektopik
  - j) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Prawirohardjo, 2014).
- 7) Kontraindikasi
- a) Hamil atau diduga hamil
  - b) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan
  - c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
  - d) Penyakit hati akut (virus hepatitis)
  - e) Usia > 35 tahun yang merokok
  - f) Riwayat penyakit jantung, troke atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg)
  - g) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis >20 tahun
  - h) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepla atau migraine
  - i) Keganasan pada payudara (Prawirohardjo, 2014).
- 
- The image contains a large, semi-transparent watermark logo of Universitas Muhammadiyah Ponorogo. The logo is a shield-shaped emblem with a purple background. It features a central sunburst or starburst design in yellow and white, surrounded by a green laurel wreath. The text 'UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH' is written in white, uppercase letters along the top inner edge of the shield, and 'PONOROGO' is written along the bottom inner edge. There are two white stars on either side of the bottom text.

#### 8) Cara penggunaan

Suntikan ini diberikan setiap bulan, secara IM. suntikan yang dapat diberikan 2 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah ditentukan asalkan ibu dipastikan tidak hamil. tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja (Nina dkk, 2013).

#### **b. Suntikan progestin**

##### 1) Definisi

Merupakan metode kontrasepsi yang diberikan diberikan tiga bulan sekali secara IM. Keluarga berencana sunik merupakan metode kontrasepsi efektif yaitu metode yang dalam penggunaanya mempunyai efektifitas atau tingkat kelangsungan pemakaian yang relative lebih tinggi serta angka kegagalan lebih rendah bila dibandingkan dengan alat kontrasepsi sederhana (Nina dkk, 2013).

##### 2) Jenis suntikan

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

- a) Depo medroksiprogesteron asetat (depo provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskuler (di daerah bokong)

- b) Depo noretisteron enantat (depo noristerat), yang mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskuler (Prawirohardjo, 2014).

### 3) Efektifitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Prawirohardjo, 2014).

### 4) Cara kerja

- a) Mencegah ovulasi
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c) Menjadikan selaput lender Rahim tipis dan atrofi
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Prawirohardjo, 2014).

### 5) Keuntungan

- a) Sangat efektif
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
- e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- f) Sedikit efek samping

- g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- h) Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
- i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- k) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul
- l) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell) (Prawirohardjo, 2014).

6) Keterbatasan

- a) Sering ditemukan gangguan haid, meliputi :
  - (1) Siklus haid yang memendek atau memanjang
  - (2) Perdarahan yang banyak atau sedikit
  - (3) Perdarahan tidak teratur atau perdaraha bercak (spoting)
  - (4) Tidak haid sama sekali
- b) Pasien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan)
- c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
- d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
- f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian

- g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan atau kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan)
- h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas)
- j) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat (Prawirohardjo, 2014).

#### 7) Indikasi

- a) Usia reproduksi
- b) Nulipara dan yang telah memiliki anak
- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- f) Setelah abortus atau keguguran
- g) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
- h) Perokok
- i) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit



- j) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturate) atau obat tuberkolosis (rifampisin)
  - k) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen
  - l) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
  - m) Anemia defisiensi besi
  - n) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi (Prawirohardjo, 2014).
- 8) Kontraindikasi
- a) Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)
  - b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
  - c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama aminorea
  - d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara
  - e) Diabetes mellitus disertai komplikasi (Prawirohardjo, 2014).

#### **4. Intra uterine device (IUD)**

##### **a. Definisi**

IUD (intra uterine device) merupakan alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan, karena dalam mencegah kehamilan dianggap sangat efektif dan memiliki manfaat yang relative banyak dibanding alat kontrasepsi lain, meliputi, tidak mengganggu saat coitus (hubungan badan). Dapat digunakan sampai menopause dan setelah IUD dikeluarkan dari rahim, bisa dengan subur (Nina dkk, 2013).

b. Jenis

- 1) AKDR CuT-380A
- 2) AKDR lain yang beredar di Indonesia iaai NOVA T (schering)  
(Prawiroharjdjo, 2014).

c. Eektivitas

Efektivitas AKDR cukup tinggi mencegah kehamilan dalam waktu yang lama, angka kehamilan IUD berkisar antara 1,5-3 per 100 wanita pada tahun pertama dan angka ini akan lebih rendah untuk bertahun-tahun pemakaian selanjutnya.

d. Cara kerja

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan menguerangi kemampuan sperma untuk fertilisasi meningkatkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Prawiroharjdjo, 2014).

e. Keuntungan

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektivitas tinggi sangat efektif (0.6-0,8 kehamilan /100 perempuan dalam 1 tahun pertama)
- 2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- 3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)

- 4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- 5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- 7) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (/CuT-380A)
- 8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 11) Tidak ada interaksi dengan obat-obat Memabntu mencegah kehamilan ektopik (Prawiroharjdo, 2014).

f. Kekurangan

- 1) Efek samping yang umum terjadi :
  - (a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
  - (b) Haid lebih banyak dan banyak
  - (c) Perdarahan (spoting) anatar menstruasi
  - (d) Saat haid lebih sedikit
- 2) Komplikasi lain :
  - a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan

- b) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
  - c) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar)
- 3) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
  - 4) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS memakai AKDR, PRP dapat memicu infertilitas
  - 5) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan
  - 6) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari
  - 7) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan AKDR
  - 8) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)
  - 9) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal
  - 10) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini (Prawiroharjdo, 2014).

g. Indikasi

- 1) Usia reproduktif
- 2) Pernah melahirkan dan mempunyai anak, dan ukuran rahim tidak kurang dari 5cm
- 3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Menyusui yang menginginkan penggunaan kontrasepsi
- 5) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- 6) IMS beresiko rendah
- 7) Tidak menghendaki metode hormonal
- 8) Perokok
- 9) Setelah keguguran atau kegagalan apabila tidak terlihat adanya infeksi
- 10) Sedang memakai antibiotic atau anti kejang
- 11) Gemuk atau kurus
- 12) Sedang menyusui (saifudin, 2003) (dikutip dari fitri 2018).

h. Kontraindikasi

- 1) Hamil
- 2) Penyakit inflamasi pelvic (PID/pelvic inflammatory disease)
- 3) Karsinoma serviks atau uterus
- 4) Keberadaan penyakit atau riwayat katup jantung karena penyakit ini rentan terhadap endometritis bacterial
- 5) Keberadaan miomata, malformasi congenital, atau anomaly perkembangan yang dapat mempengaruhi rongga uterus

- 6) Diketahui atau dicurigai alergi terhadap tembaga atau penyakit wilson (penyakit genetic diturunkan yang mempengaruhi metabolisme tembaga sehingga mengakibatkan penumpukan tembaga diberbagai organ dalam tubuh)
- 7) Ukuran uterus dengan alat periksa (sonde) berada diluar batas yang ditetapkan pada petunjuk terbaru tentang memasukkan AKDR, uterus harus terekam kode kedalaman 6-9cm pada paragraf dan mirena
- 8) Resiko tinggi penyakit menular seksual (berganti-ganti pasangan seksual)
- 9) Riwayat kehamilan ektopik atau kondisi yang dapat mempermudah kehamilan ektopik, merupakan kontra indikasi hanya pada pengguna AKDR hormonal
- 10) Servistis atau vaginitis akut (sampai diagnosis ditegakkan dan berhasil diobati)
- 11) Peningkatan kerentanan terhadap infeksi (seperti pada terapi kortikosteroid kronis, diabetes, HIV/AIDS, leukemia dan penyalahgunaan obat-obatan
- 12) Penyakit hati akut, seperti hepatitis vena aktif atau tumor hati merupakan kontraindikasi hanya pada pengguna AKDR hormonal

13) Thrombosis vena dalam atau embolisme paru yang terjadi baru-baru ini merupakan hanya pada kontraindikasi pengguna AKDR hormonal

14) Sakit kepala migran dengan gejala neurologis lokal merupakan kontraindikasi hanya pada pengguna AKDR hormonal (Prawirohardjo, 2014).

## 5. Implan

### a. Definisi

Implan merupakan metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini dikembangkan oleh the population council yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi (Prawirohardjo, 2014).

### b. Jenis kontrasepsi hormonal implan

1) Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel, panjang kapsul 3,4 mm diameter 2,4 mm. lama kerjanya 5 tahun. Norplan ini dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas.

2) Jadena dan indoplant yang terdiri atas 2 batang yang diisi 75 mg levonorgestrel yang lama kerjanya 3 tahun.

- 3) Implanon yang terdiri atas satu batang lentur dengan panjang kira-kira 40 mm berdiameter 2 mm, diisi dengan 68 mg keto desogetrel dan lama kerja 3 tahun (Prawirohardjo, 2014).

c. Cara kerja

Dengan dilepaskannya hormone levonogestrel secara konstan dan kontinyu maka cara kerja implant dalam mencegah kehamilan pada dasarnya terdiri dari :

- 1) mengentalkan lendir
- 2) menghambat proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- 3) melemahkan transportasi sperma dan menekan ovulasi (Ninadkk, 2013).

d. Keuntungan

- 1) Kontrsepsi
  - (a) perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun dan daya guna tinggi
  - (b) setelah pencabutan implant pengembalian tingkat kesuburan yang cepat
  - (c) bebas dari pengaruh esterogen dan tidak memerlukan pemeriksaan dalam
  - (d) tidak mengganggu hubungan bersenggama
  - (e) tidak mengganggu produksi ASI
  - (f) Bila ada keluhan ibu hanya perlu kembali ke klinik



(g) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan (Nina dkk, 2013).

2) Nonkontrasepsi

a) Mengurangi nyeri haid

b) Perdarahan atau bercak perdarahan diantara siklus haid

c) Melindungi terjadinya kanker endometrium

d) Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara

e) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul

f) Menurunkan angka kejadian endometris (Prawirohardjo, 2014).

e. Kerugian

1) Inersi dan pengeluaran harus dilakukan petugas kesehatan

2) Untuk insersi dan pengangkatan implant petugas medis memerlukan latihan dan praktek

3) Biaya lebih mahal

4) Sering timbul perubahan pola haid

5) Akseptor tidak dapat menghentikan implant sehendaknya sendiri

6) Karena kurang mengenalnya beberapa wanita mungkin segan untuk menggunakannya

7) Implant kadang-kadang dapat terlihat orang lain

f. Indikasi

- 1) Umur reproduksi (20-35)
- 2) Tidak ingin menambah anak lagi atau telah memiliki anak sesuai yang diinginkan tetapi saat ini belum mampu menggunakan kontrasepsi mantap
- 3) Menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang dan menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektifitas tinggi
- 4) Pascapersalinan dan sedang menyusui bayinya yang berusia 6 minggu atau lebih

g. Kontraindikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Ada benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- 5) Mioma uterus dan kanker payudara
- 6) Riwayat diabetes mellitus dan ibu yang memiliki riwayat hipertensi

6. **Metode barrier**

a. **Kondom**

1) Definisi

Kondom adalah alat kontrasepsi barrier yang bekerja dengan cara mencegah kehamilan dengan mencegah masuknya sperma

kedalam rongga rahim. kebanyakan kondom terbuat dari lateks tipis, tetapi ada yang membuatnya dari jaringan hewan atau plastik

## 2) Epektifitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun .

## 3) Cara kerja

- a) Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita
- b) Sebagai alat kontrasepsi
- c) Sebagai pelindung terhadap infeksi atau transisi mikro organisme penyebab PMS

## 4) Manfaat

### a) Kontrasepsi

- (1) Efektif bila digunakan dengan benar
- (2) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda
- (3) Tidak mengganggu produksi ASI
- (4) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

- (5) Tidak mengganggu kesehatan pasien
- (6) Murah dan dapat dibeli secara umum
- (7) Tidak mempunyai pengaruh sistematik

b) Nonkontrasepsi

- (1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
- (2) Mencegah imuno infertilitas
- (3) Dapat mencegah penularan IMS
- (4) Saling berinteraksi sesama pasangan
- (5) Mencegah ejakulasi dini Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinoganik eksogen pada serviks)  
(Prawirohardjo, 2014).

5) Keterbatasan

- a) Efektifitas tidak terlalu tinggi
- b) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah
- c) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- d) Beberapa pasien malu untuk membeli kondom ditempat umum
- e) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- f) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual

g) Pada beberapa pasien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi (Prawirohardjo, 2014).

## **b. Diafragma**

### 1) Definisi

Merupakan kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks/karet yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan menutup serviks (Prawirohardjo, 2014).

### 2) Cara kerja

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencaoi saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida (Prawirohardjo, 2014).

### 3) Keuntungan

- a) Sangat efektif (bila dipakai dengan benar)
- b) Aman dan diawasi sendiri oleh pemakai
- c) Hanya dipakai bila diperlukan dan dapat dipakai selama haid
- d) Tidak mempengaruhi laktasi (Imelda, 2018).

### 4) Kerugian

- a) Pemakai memerlukan tingkat motivasi yang tinggi
- b) Wanita perlu memegang atau manipulasi genetaliannya sendiri

- c) Untuk pemakaian awal, perlu intruksi dan cara pemasangan oleh tenaga klinik yang terlatih
- d) Bila sering dipakai menjadi mahal, disebabkan oleh biaya untuk spermisidanya
- e) Pasangan merasa tidak nyaman
- f) Beberapa wanita mengeluh becek yang disebabkan oleh spermisidanya (Imelda, 2018).

## **7. Metode mantap**

### **a. Tubektomi**

#### 1) Definisi

Tubektomi merupakan 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 (Prawirohardjo, 2014).

#### 2) Efektivitas

- a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- b) Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan)
- c) Efektivitas kontrasepsi terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan,

efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektivitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pasca persalinan (Prawirohardjo, 2014).

### 3) Manfaat

#### a) Kontrasepsi

- (1) Sangat efektif (0.5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- (2) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- (3) Tidak bergantung pada factor senggama
- (4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius
- (5) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi local
- (6) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- (7) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek dari produksi hormone ovarium) (Prawirohardjo, 2014).

#### b) Nonkontrasepsi

Berkurangnya resiko kangker ovarium  
(Prawirohardjo, 2014).

#### 4) Keterbatasan

- a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi
- b) Klien dapat menyesal dikemudian hari
- c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum)
- d) Rasa sakit/ ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- e) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis badan untuk proses laparoskopi)
- f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS (Prawirohardjo, 2014).

#### 5) Indikasi

- a) Usia > 26 tahun
- b) Paritas > 2
- c) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
- d) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
- e) Pasca persalinan
- f) Pasca keguguran



g) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini  
(Prawirohardjo, 2014).

6) Kontraindikasi

- a) Hamil ( sudah terdeteksi atau dicurigai)
- b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi)
- c) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol)
- d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan
- f) Belum memberikan persetujuan tertulis (Prawirohardjo, 2014).

7) Cara kerja

Cara kerja tubektomi (ligase tuba) yaitu dengan mengongklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu ovum. Tuba falopi merupakan struktur berbentuk pipa yang menjadi jalur perjalanan telur setelah dilepaskan dari indung telur (ovarium).

Wanita memiliki tuba falopi sepasang. Dua ujungnya melekat di sisi uterus dan ujung lainnya terbuka di abdomen. Panjang masing-masing tabung sekitar 10 cm (Prawirohardjo, 2014).

## b. Vasektomi

### 1) Definisi

Merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai menggunakan metode ini (Prawirohardjo, 2014).

### 2) Efektivitas

- a) Setelah masa pengosongan sperma dari vasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan)
- b) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisis sperma) masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan
- c) Selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan
- d) Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinan adalah:
  - (1) Pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi
  - (2) Oklusi vas deferens tidak tepat

(3) Rekanalisasi spontan (Prawirohardjo, 2014).

3) Manfaat

- a) sangat efektif (0.1-0,15 kehamilan per 100 wanita) dalam tahun pertama penggunaan
- b) bersifat permanen dan segera efektif
- c) tidak mengganggu proses senggama
- d) sesuai untuk pengguna yang pasanganya tidak boleh hami atau dengan kehamilan yang membahayakan keselamatan jiwa wanita tersebut
- e) teknik bedah sederhana dengan anestesi lokal
- f) tidak ada efek samping jangka panjang
- g) tidak mengganggu produksi hormon pria atau mengganggu fungsi seksual.

4) Keterbatasan

- a) Permanen (non-reversible) dan timbul masalha bila klien menikah lagi
- b) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari
- c) Perlu pengosongan depot sperma di vasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
- d) Risiko dan efek samping pembedahan kecil
- e) Ada nyeri/rasa tidak nyaman pascabedah
- f) Perlu tenaga pelaksana terlatih

- g) Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HIV, HIV/AIDS) (Prawirohardjo, 2014).

5) Indikasi

- a) Pasangan yang sudah tidak ingin menambah jumlah anak
- b) Istri yang tergolong sebagai kelompok yang beresiko tinggi untuk hamil atau untuk suami yang istrinya tidak dapat dilakukan minilaparotomi atau laparoskopi
- c) Kesehatan pihak istri termasuk resiko untuk hamil atau akibat usia
- d) Pasangan yang telah gagal dengan kontrasepsi lain (Marmi, 2016).

6) Kontraindikasi

- a) Infeksi kulit local, misalnya yaitu scabies
- b) Infeksi traktus genitalia
- c) Kelainan skrotum dan sekitarnya (varicocela, hydrocele besar, filariasi, hernia inguinalis, orchiopexy, luka perut bekas opras[i hernia, skrotum yang sangat tebal)
- d) Penyakit sistemik (perdarahan, diabetes mellitus, penyakit jantung,korner yang baru) (Prawirohardjo, 2014).

## 2.2 KONSEP DASAR ASUHAN KEBIDANAN

### 2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

#### 1. Pengkajian Data

##### A. Data Subyektif

##### 1) Biodata

##### a) Nama

Digunakan untuk mengenali nama ibu dan mencegah kesalahan bila ada nama yang sama.

##### b) Usia

Kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun (Romauli, 2011). penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan kurun waktu reproduksi sehat. Hal ini disebabkan karena alat reproduksi belum matang untuk hamil. Sehingga keguguran mudah terjadi, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis.

##### c) Agama

Merupakan sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap klien dan keluarga sebelum pada saat persalinan.

## d) Pendidikan terahir

Merupakan dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi

## e) Pekerjaan

Data ini menunjukkan tingkat social ekonomi, pola social budaya, dan data menentukan serta mendukung pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.

## f) Suku/bangsa

Data ini berhubungan dengan social budaya yang dianut oleh klien dan keluarga yang berkaitan dengan kehamilan

## g) Alamat

Digunakan untuk mengetahui ibu tinggal dimana, untuk menjaga kemungkinan biola ada ibu dengan nama yang sama.

Alamat juga diperlukan apabila bidan melakukan kunjungan ibu. Ditanyakan alamat agar dapat dipastikan ibu yang mana yang akan ditolong (Roumali, 2011).

## 2) Keluhan utama

Pada trimester III beberapa ketidaknyamanan umum antara lain sering buang air kecil (BAK), nyeri ulu harti, sakit kepala, strie gravidarum, kram tugkai, konstipasi, edema dependen, disareunia, insomnia, nyeri punggung bawah, sesak nafas, hemoroid, varises dan leukorea sehubngan dengan

meningkatnya produksi kelenjar dan lender endoservikal sebagai akibat dari peningkatan estrogen (Marmi, 2011).

### 3) Alasan datang

Alasan datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hanni, 2010).

### 4) Riwayat menstruasi

Dalam riwayat ini hal yang perlu dikaji adalah umur menarce, siklus, lamanya, banyaknya darah dan adanya dismenorhea.

Selain itu kaji HPHT (haid pertama haid terakhir) ibu. HPHT merupakan data dasar yang diperlukan untuk menentukan usia kehamilan. Apakah cukup bualn atau oremature. Kemudian kaji pula kapan bayi lahir (menurut tasfsiran ibu) dan tafsiran persalinan (Rohani, 2011).

### 5) Riwayat KB

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamiloan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan (Hanni, 2011).

### 6) Riwayat kesehatan ibu

Beberapa kondisi medis ibu yang mempengaruhi kehamilan, persalinaan, nifas, neonatus dan keluarga berencana sebagai berikut :

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

Penyakit diabetes berpengaruh terhadap persalinaan diantaranya gangguan kontraksi otot rahim yang

menimbulkan persalianna lama atau terlantar janin besar dan sering memerlukan tindakan operasi (Manuaba, 2010).

(b) Hipertensi esensial

Kehamilan dengan hipertensi dapat berlangsung samapai aterm tanpa gejala menjadi preeklamsi tidak murni (Manuaba, 2010).

(c) Anemia

Anemia dalam kehamilan adalah kehamilan akibat dari kekurangan zat besi. Selama kehamilan anemia memiliki bahaya yaitu : abortus, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terkena infeksi, ancaman dekompensasi kordis (HB < 6 gr%), molagitaditosa, hipergravidarum, perdarahan Antepartum (Manuaba, 2010).

(d) Penyakit paru

Gangguan fungsi paru-paru yang berat dapat menimbulkan gangguan pertumbuhan janin samapi dengah keguguran (Manuaba, 2010).

(e) Penyakit jantung

Kehamilan yang disertai dengan penyakit yang mempengaruhi karena kehamialn memberatkan penyakit jantung dan penyakit jantung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, yang sering terjadi keluhan utamanya dalah merasa lelah, jantung berdebar-debar, sesak



nafas disertai kebiruan, edema tungkai atau terasa berat saat kehamilan muda (Marmi, 2010).

(f) HIV/AIDS

Transmisi vertical adalah penyebab tersering infeksi HIV pada bayi dan anak-anak. Transmisi HIV dari ibu kepada janin dapat terjadi intrauterine, saat persalinan, dan pasca persalinan. Dan kelainan yang sering terjadi pada bayi adalah : berat badan lahir rendah, bayi lahir mati, abortus spontan, dan partus preterm (Saifuddin, 2010).

(g) Gonorrhea

Infeksi gonorrhea tanpa disertai duh (secret) vagina. Ofthalmia neonatorum (konjungtivitis) yang disebabkan oleh gonore pada waktu bayi baru lahir melalui jalan lahir (Saifudin, 2009).

(h) Infeksi ginjal dan saluran kemih

Terjadinya kontraksi otot rahim akibat terjadinya demam yang tinggi sehingga dapat menyebabkan keguguran, persalinan premature, serta memudahkan infeksi pada bayi (Manuaba, 2010).

(i) Infeksi TORCH

Infeksi ini meliputi : rubella, sitomegalovirus, toksoplasmosis, herpes simpleks yang menimbulkan kelainan konginital dalam bentuk yang sama yaitu kutila, abortus,

mikrosefalus, prematuritas dan perumbuahan janin terlambat (Manuaba, 2010).

#### 7) Riwayat kesehatan keluarga

Pada riwayat kesehatan keluarga dapat ditanyakan mengenai latar belakang kesehatan keluarga diantaranya :

(a) Anggota keluarga yang mempunyai penyakit tertentu terutama penyakit menular seperti TBC dan hepatitis.

(b) Penyakit keluarga yang dapat diturunkan (kencing manis, kelainan pembekuan darah, jiwa dan asma)

Salah satunya faktor genetic atau keturunan adalah riwayat kehamilan kembar kejadian kehamialn ganda (Saiffudin, 2010).

#### 8) Riwayat kehamilan sekarang

(a) Hari pertama haid terakhir dan tafsiran persaianan. untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir.

(b) Kuluhan-keluhan pada trimester satu, dua dan tiga untuk mengetahui adanya gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.

(c) Pada kehamilan keberapa gerakan janin mulai dirasakan.

Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak

(d) Diamana ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui temapt ibu melakukan ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamian ibu

(e) Ibu memeriksakan kehamilannya sejak usia berapa bulan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu (Nurhidayah, 2014).

(f) Ibu memeriksakan kehamilannya sudah berapa kali. Untuk mengetahui imunisasi TT (tetanus toxoid) sudah atau belum, kapan dan berapa kali. Keadaan psikososialnya. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi psikologi selama masa masa bersalian sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi ibu (Retna, 2008).

9) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

a) Kehamilan

Kehamilan dengan komplikasi atau penyakit, pernah mengalami keguguran, persalinan premature, kehamilan mati dalam rahim. Dapat diberikan kesimpulan bahwa kehamialn bersiko tinggi, sehingga perlu dilakukan rujukan (Manuaba, 2010).

b) Persalinan

Di kaji tentang persalinan yang lalu pada multigrafida, sebagai gamabran koordinasi antara 3P yaitu power, passenger,passanger. Menunjukan koordinasi 3P berjalan baik bila pada persalianan yang lalu persalianan spontan, bayi hidup dan aterm (Manuaba, 2010).

## c) Nifas

Pada keadaan nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas ini juga tanpa penyakit. Sampai anak usia 2 tahun ibu menyusunya. Sampai hari ketiga nifas terdapat pengeluaran lokea rubra berwarna merah. Hari keempat sampai kesembilan terdapat lokea serosa warna kecoklatan. Hari kesepuluh sampai hari kelima belas terdapat lokea alba berwarna putih dan kekuningan. Perlu pengawasan khusus dan menyusui kurang dari 2 tahun pada ibu dengan riwayat pengeluaran lokea purulenta, lokea stasis, infeksi uterin rasa nyeri berlebihan. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010).

## d) Keadaan psikososial

Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya, selama masa hamil wanita mengalami banyak perubahan emosi sementara ia menyesuaikan diri menjadi ibu (Retna, 2008).

## 10) Pola kebiasaan sehari-hari

## a) Nutrisi

Dilakukan pengkajian untuk mengetahui bagaimana nafsu makanya, jumlah makanan, minuman atau cairan yang masuk

(Alimul, 2014). Pada trimester III, janin mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat terjadi pada 20 minggu terakhir kehamilan. umumnya nafsu makan ibu akan sangat baik dan merasa cepat lapar (Romauli, 2011). Nafsu makan ibu meningkat pada trimester ketiga, tetapi karbohidrat harus dikurangi dan protein harus ditingkatkan. Selain itu mengurangi makan yang manis dan asin karena akan memberikan kecenderungan janin tubuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat hamil (Marmi, 2011).

b) Eliminasi

Pada trimester kedua dan ketiga wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat memiliki masalah ini. Karena akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone sehingga terjadi konstipasi. Bisa juga disebabkan oleh kurangnya asupan nutrisi yang mengandung serat dan kurangnya mobilisasi atau gerak. Ibu akan sering berkemih karena kandung kemih akan tertekan oleh uterus akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul. Yang akan terjadi pada akhir kehamilan (Saiffudin, 2011).

c) Pola istirahat

Kurang lebih yang dibutuhkan waktu istirahat adalah 8-8 jam/hari, termasuk tidur siang dan malam. Dan untuk posisi

yang baik dalaha ibu tidak melingkar atau lurus pada salah satu sisi tubuh. Lebih dipilih kiri, dengan salah satu kaki menyalang diatas yang lainnya dan dengan bantal diapat diantara dua kaki (Manuba, 2010).

d) Personal hygiene

Puting susu dapat mengeluarkan kolostrum yang berasal dari asimus yang mulai bersekresi,pada kehamilan 12 minggu. Pada trimester III, ukuran payudara semakin meningkat karena pertumbuhan kelenjar mammae .Pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan menggunakan busa akan mengganggu penyerapan keringat payudara. Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kolostrum yang keluar lebih kental. Berwarna kuning dan banyak mengandung lemak (Marmi, 2011).

Mandi dianjurkan sedikitnya 2 kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (bawah dada, ketiak, daerah genetalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan (Romauli, 2011).

Dari trimester I, dimulai leukoria (keputihan) merupakan sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair, sebagai bentuk dari hiperplasi mukosa vagina. Leukorea dapat disebabkan karena terjadinya peningkatan

produksi kelenjar dan lender endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Leukorea juga dapat disebabkan oleh perubahan sejumlah besar glikogen pada sel epitel vagina menjadi asam laktat oleh *Döderlein*. Upaya untuk mengatasi leukorea adalah dengan mengganti celana secara rutin (Marmi, 2011).

Pada wanita hamil perawatan vulva dan vagina sebaiknya tidak melakukan irigasi dalam kehamilan karena dapat menimbulkan emboli udara. Hal-hal yang harus diperhatikan adalah sesudah BAB dan BAK dilap dengan lap kering, jangan menggunakan obat atau menyemprot ke dalam vagina, dan celana dalam keadaan kering (Marmi, 2011).

e) Pola aktivitas

Apabila aktivitas yang terlalu berat dapat menyebabkan kelelahan akan berdampak pada perkembangan janin, Hal ini dikaji untuk mengetahui aktifitas yang dilakukan ibu sehari-hari (Nurhidayah, 2014).

Saat ia dalam posisi terlentang tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita duduk atau berdiri dan pada vena kava inferior akan menyebabkan gangguan tekanan vena pada ekstremitas bawah sehingga menyebabkan edema dependen pada kaki. Edema dependen ini akan membatasi gerakan atau aktivitas ibu hamil.

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

f) Hubungan seksual

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

g) Riwayat ketergantungan

Minum alcohol, kecanduan narkotika dan merokok secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan kelahiran dengan berat badan rendah bahkan dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental. Pengobatan saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuba, 2010).



#### h) Riwayat psikosial

Status perkawinan : beberapa pertanyaan yang dapat diajukan antara lain lama pernikahan, status pernikahan, usia nikah pertama kali, perkawinan sekarang suami yang keberapa (Sulistyawati, 2010).

### B. Data Obyektif

#### 1. Pemeriksaan Umum

##### a. Keadaan Umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriteranya adalah:

- 1) Baik : Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap orang lain dan lingkungan, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- 2) Lemah : Pasien dimasukan dalam criteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010).

##### b. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien dari keadaan *composmentis* (kesadaran maksimal) sampai *coma* (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2010).

c. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70 sampai 130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat diawal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, beresiko mengalami preeclampsia (Marmi, 2014).

2) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut permenit. Dapat dicurigai hipotirodisme jika denyut nadi > 100x/menit (Marmi, 2011).

3) Suhu

Suhu tubuh normal 36-37,5°C. bila suhu lebih dari 37,5°C harus diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011).

4) Pernafasan

Pada pernafasan normalnya 16-24 kali per menit. Pada kehamilan lanjut frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan seperti volume tidal, volume ventilasi permenit dan pengambilan oksigen permenit akan bertambah secara signifikan (Fajar, 2016).

d. Pemeriksaan antropometri

1) Tinggi badan

Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Tubuh yang pendek dapat menjadi indicator gangguan genetic. Batas normal tinggi badan ibu hamil adalah >145 cm (Marmi, 2014). Ibu hamil dengan tinggi badan yang kurang dari 145 cm tergolong resiko 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, 2012). Ibu yang menurut kategori B,I berada pada rentang obesitas lebih beresiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antar lain hipertensi akibat kehamilan, distosia bahu dan diabetes gestasional. rekomendasi berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel berikut (Saifuddin, 2010).

Tabel 2.7  
Indeks masa tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi(kg)
Rendah	<19,8	12,5-8
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	>7
Gemeli		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 resiko timbulnya hipertensi dalam kehamilan. Sedangkan primigravida yang mempunyai kenaikan berat badan rendah, yaitu <0,34 kg/minggu, menurunkan resiko hipertensi tetapi menaikkan resiko berat badan bayi rendah (Saifuddin, 2009).

### 3) Lingkar lengan atas(LILA)

Standar minimal ukuran Lingkar lengan atas (LILA) pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. jika LILA kurang dari 23 maka interpretasinya adalah kurang energy kronik (KEK) (Jannah, 2012). Selain itu termasuk indicator kuat status gizi ibu yang kurang atau 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

Keadaan rambut bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontokk atau tidak. Apabila kurang gizi atau kelainan tertentu (Romauli, 2011).

### b. Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010).

### c. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitas.

Kelopak mata yang bengkak kemungkinan yang adanya pre-eklampsia (Romauli, 2011).

d. Mulut

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

e. Gigi

Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis atau hyperemesis gravidarum. Adanya caries atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi (Romauli, 2011).

f. Leher

Akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml. konsentrasi plasma hormone paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif. Fungsi hormone ini adalah produksi peotide pada janin, plasma dan ibu (Saifuddin, 2011). hipotioridisme sulit terdeteksi selama masa hamil adapun gejala yang muncul seperti keletihan, penambahan berat badan dan konstipasi (Marmi, 2011).

g. Payudara

Puting susu bersih dan menonjol, terdapat hiperpigmentasi aerola. Pasien Pada minggu ke-12 kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pasien yang telah menyusui pada masa kehamilan sebelumnya. Wanita primigravida memproduksi kolostrum pada akhir kehamilan (Romauli, 2011).

h. Abdomen

Amati bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih. DJJ normanya 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit disebut bradikardi, dan apabila lebih dari 10x/menit disebut takikardi. Ukuran janin, dengan cara mc. Donal, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan perhitungan tafsiran berat janin dengan rumus sari Johnson Tausak yaitu  $TFU(cm) - n \times 155 = TBJ$ . Bila kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul (PAP) maka  $n=12$ . Bila kepala di atas *ischiodica* maka  $n=11$  (Ummi H, 2011).

Tabel 2.8

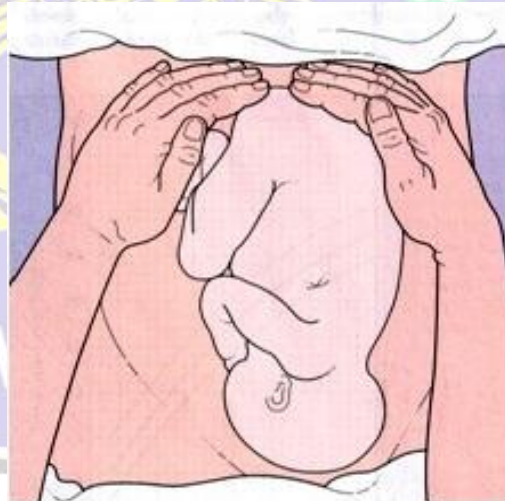
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan Ttrimester III

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

Sumber: Manuaba, 2010

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

- 1) Leopold 1



Gambar 2.2

Leopoid I

Sumber : Fatimah dkk, 2017



Bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus. Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin pada fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan difundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010). Menurut Marmi (2011). Langkah-langkah pemeriksaan leopard I yaitu:

- (a) Kaki penderita dibengkokkan pada lutut dan lipatan paha
- (b) Pemeriksa berdiri disebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (c) Rahim dibawah ke tengah
- (d) Tinggi fundus uteri ditentukan

TFU berdasarkan leopard pada trimester III dapat dicermati pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.9

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

## 2) Leopold II



Gambar 2.3

Leopoid II

Sumber : Fatimah dkk, 2017

Bertujuan untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang disebelah kiri atau kanan. Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci.

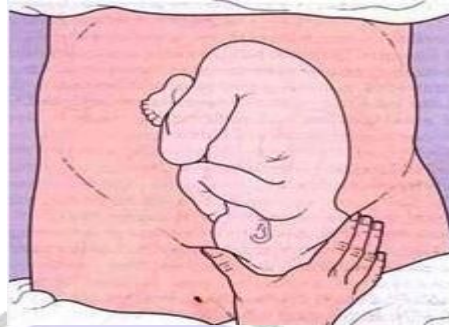
Variasi budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan ditengah perut (Manuaba, 2010). Menurut Marmi (2011). Langkah-langkah leopold II yaitu:

- (a) Kedua tangan pindah ke samping
- (b) Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat dipihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian-bagian terkecil yang biasanya terletak bertentangan pada pihak yang memberi rintangan besar. Kadang-kadang disamping terdapat kepala atau bokong ialah letak lintang.

Variasi Buddin : menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan difundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012).

Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak ditengah perut (Manuaba, 2012).

## 3) Leopold III



Gambar 2.4

Leopoid III

Sumber : Fatimah dkk, 2017

Bertujuan untuk menentukan bagian janin yang berada dibawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

Menurut Marmi (2011), langkah-langkah memeriksakan leopold III yaitu :

- (a) Dipergunakan satu tangan saja
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu jari dan jari lainnya
- (c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan

## 4) Leopoid IV



Gambar 2.5

Leopoid IV

Sumber : Fatimah dkk, 2017

Bertujuan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul.

Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan periksa konvergen (Manuaba, 2010)

Langkah-langkah menentukan leopoid IV

yaitu :

- (1) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki penderita
- (2) Dengan kedua tangan ditentukan apa yang menjadi bagian bawah

- (3) Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk ke dalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
- (4) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih dari luar (Marmi, 2011).

i. Genetalia

Pemeriksaan genetalia eksternal terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma aku minata-lata, kista bartolini, abses bartolini dan fibroma labium mayus). Pada saat palpasi vulva akan teraba tumor, teraba benjolaan atau penebalan labium mayus. Dan teraba pembengkakan kelenjar bartolini (Manuaba, 2012). Pemeriksaan pada genetalia dilakukan dengan cara mencari lesi, eritema, perubahan warna, pembengkakan dan menunjukkan sifilis atau herpes (Marmi, 2014).

j. Anus

Normal tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus. Hemoroid merupakan pelebaran vena dianus, karena adanya bendungan darah dalam rongga panggul

hemoroid dapat bertambah besar dalam kehamilan (Romauli, 2011).

k. Ekstremitas

Ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen yang dapat 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 tangan, muka dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre eklampsia (Manuaba, 2012).

3. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan darah

1) Hemoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan Hemoglobin (Hb) dilakukan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut : Anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika 9-10 g%, anemia sedang jika 7-8 g%, anemia berat jika Hb <7g% (Manuaba, 2010).

2) Golongan Darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus (Rh). Ibu dengan rhesus negative beresiko mengalami keguguran, amniosentesis atau trauma uterus dan harus diberi anti

gamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka untuk merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh spesialis Rhesus (Fraser, 2009).

### 3) HbsAg

HbsAg adalah pertanda serologic infeksi virus hepatitis B pertama yang muncul di dalam serum dan mulai terdeteksi antara 1 sampai 12 minggu paca infeksi, mendahului munculnya gejala klinik serta meningkatnya SGPT. Selanjutnya HbsAg merupakan satu-satunya pertanda serologic selama 3-5 minggu. Pada kasus yang sembuh, HbsAg akan hilang antara 3 samapi 6 bulan pasca infeksi sedangkan pada kasus kronis,HbsAg akan tetap terdeteksi sampai lebih dari 6 bulan. HbsAg positif yang peristen lebih dari 6 bulan didefinisikan sebagai pembawa (carrier). Sekitar 10% penderita yang memiliki HbsAg positif carrier, dan hasil ujian dapat tetap positif selama bertahun-tahun. Pemeriksaan HbsAg secara rutin dilakukan pada pendonor darah untuk mengidentifikasi antigen hepatitis B. transisi hepatitis B melalui tranfusi sudah hamper tidak terdapat lagi berkat screening HbsAg pada darah pendonor. Namun, meskipun insiden hepatitis B terkait dengan transmisi virus



hepatitis B melalui beberapa jalur, yaitu parental, perinatal, atau kontak seksual. Orang yang beresiko tinggi terkena infeksi hepatitis B adalah orang yang bekerja disaran kesehatan ketergantungan obat, suka berganti-ganti pasangan seksual, sering mendapat tranfusi, hemodialisa, bayi baru lahir yang tertular dari ibunya yang menderita hepatitis B (Marmi, 2011).

#### 4) HIV/AIDS

Selama kehamilan, saat melahirkan, atau selama menyusui, infeksi HIV pada ibu hamil bisa menembus ke janin. Virus HIV merupakan virus yang dapat menyebabkan AIDS. Ibu hamil juga perlu melakukan tes laboratorium Anti HIV. Tujuan dari tes ini untuk mendeteksi kemungkinan virus HIV yang bisa menular kepala calon bayi. Selain itu, ibu hamil yang memiliki HIV perlu melakukan sejumlah terapi agar kehamilannya menjadi aman bagi janin. Tes ini dilakukan pada trimester I. Bila ternyata ibu positif HIV, penanganan medis akan dilakukan untuk mengurangi resiko penularan HIV kepada bayi (Sulistyawati, 2016).

b) Pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping-keping besar atau bergumpal (++++). (Romauli, 2011).

c) Pemeriksaan Reduksi

Dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine. Pemeriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode Fehling (Mochtar, 2011).

d) Ultrasonografi

Penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara:

- (1) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS:Gestational sac) untuk kehamilan 0-12 minggu.
- (2) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (CRL=Crown-Rum Length) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu.
- (3) Dengan mengukur diameter bipareteral (BPD) untuk kehamilan lebih 12 minggu (Romauli, 2011).

e) Kartu Skor Poedji Rochyati

Untuk mendeteksi risiko ibu hamil dapat menggunakan Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR). Terdiri dari Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan skor 2 ditolong oleh bidan, Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan skor 6-10 ditolong oleh bidan atau dokter, Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan skor >12 ditolong oleh dokter (Romauli, 2011).

f) Pemeriksaan Dalam

Periksa dalam merupakan suatu prosedur pemeriksaan rongga panggul dan leher rahim yang dilakukan oleh bidan atau dokter kandungan. Sebagian perempuan merasakan ketidaknyamanan dalam menjalani pemeriksaan ini. Periksal dalam dilakukan selama maksimal 30-45 detik. Periksal 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. Periksal dalam dapat meraba kekakuan atau kelenturan 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 ballottement, dan pembukaan serviks. Pemeriksaan dalam pada kehamilan tua dilakukan terhadap :

- (a) Serviks yaitu untuk mengetahui pelunakan serviks dan pembukaan serviks.
- (b) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban.
- (c) Bagian terendah janin untuk mengetahui bagian apakah yang terendah dari janin, penurunan bagian terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang dibagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.
- (d) Perabaan foniks adalah untuk mengetahui apakah ada bantalan forniks dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas (Manuaba, 2009).

g) Pemeriksaan Panggul Luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk dan ukuran panggul jika pelvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah jangka panggul marting, oscander, Collin, boudelogue, dan lain-lain (Yulaikhah, 2008). Aspek yang diukur meliputi :

(1) Distansia spinarum (24-26)

Jarak antara kedua spina illiaca anterior superior sinistra dan dekstra.

(2) Distansia kristarum (28-30)

Jarak terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista illiaca sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologik panggul.

(3) Konjugata eksterna(*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke proesus spinosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2008).

(4) Distensia tuberum

Jarak antara tuber ischia kanan dan kiri lebih kurang 10,5 cm. untuk mengukurnya dipakai oscander. Angka yang ditunjuk jangka harus 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).

#### h) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2014).

### 2. Diagnosa kebidanan

Menurut permenkes RI No 938/menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegaskan diagnosa dan masalah yang tepat. Diagnosa: G<sub>1</sub>/>1P APIAH usia kehamilan 20-40 minggu tunggal intrauteri, situs bujur, habitus fleksi posisi puka/puki, presentasi, kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik. dengan kemungkinan masalah: edema dependen, nokturia, hematois, konstipasi, kram pada tungkai, sesak nafas, pusing, nyeri, varises, nyeri ulu hati (*heart burn*), panas dan kecemasan menghadapi persalinan (Manuaba, 2012).

### 3. Perencanaan

Diagnose kebidanan: G<sub>1</sub>/<sub>1</sub>PAPIAH. Usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka atau puki, presentasi kepala atau bokong,

jalan lahir normal, keadaan umur ibu dan janin baik (Manuaba, 2012).

Tujuan :

ibu dan janin yang dikandung sehat, sejahtera sampai

Kriteria :

keadaan umum baik, Kesadaran composmetis.

Tanda-tanda vital normal :

- 1) Tekanan darah : 100/70-130/90 mmHG
- 2) Nadi : 76-88x/menit
- 3) Suhu : 36,5-37,5°C
- 4) Respirasi rate : 16-24x/menit

Pemeriksaan laboratorium, Hb  $\geq$ 11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-), DJJ 120-160x/menit, kuat, Irama teratur. TFU sesuai dengan usia kehamilan, situs bujur dan presentasi kepala.

Intervensi menurut (Marmi, 2011) :

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/Bila ibu mengerti keadaanya, ibu lebih percaya dan dekat dengan pemeriksa secara psikologis sehingga bisa lebih kooperatif.

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

R/TM III terjadi perubahan fisiologis yang berbeda dari keadaan sebelumnya dengan mengetahui ketidaknyamanan TM III akhir, ibu dapat mengerti dan mengantisipasi masalah yang ada.

- 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 TM III, maka persalinan dapat dipersiapkan sehingga persalinan berlangsung dengan lancar, baik dan aman.

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

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, agar ibu dapat melakukan persiapan menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

- 5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R/Dengan adanya persiapan persalinan yang sesuai untuk ibu dan bayi akan mempermudah ibu dan keluarga bila sewaktu-waktu terjadi tanda persalinan, sehingga ibu dapat segera dibawa ke nakes untuk mendapatkan asuhan yang sesuai dan tepat waktu.



6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R/ tanda persalinan merupakan awal dari terjadi persalinan, jika ibu tidak mengetahui tanda persalinan dikawatirkan ibu tidak segera ke fasilitas kesehatan sehingga akan timbul kegawatdaruratan.

7) Beritahu ibu untuk control ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R/ control ulang atau sesuai jadwal dapat memantau keadaan ibu dan janin, serta membantu mendeteksi dini terjadinya komplikasi .

#### **Masalah potensial**

a. Masalah 1 : Nokturia

Tujuan :

ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami

Kriteria :

ibu BAK 7-8x/hari terutama pada siang hari, infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi :

1) Jelaskan penyebab sering terjadinya kencing

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

2) Anjurkan ibu untuk menghindari minuman-minuman bahan diuretic alamiah seperti, teh, kopi, *softdrink*

R/Minuman yang mengandung diuretic akan menambah frekuensi berkemih

3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/Timbulnya infeksi saluran kemih disebabkan karena menahan BAK

4) Anjurkan ibu minum 8-10 gelas/hari dan memperbanyak minum di siang hari dan mengurangi setelah makan sore, dan sebelum tidur buang air kencing terlebih dahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari (Saifuddin, 2010).

b. Masalah 2 : Konstipasi

Tujuan :

ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (konstipasi)

Kriteria : BAB lancar, dengan konsistensi lunak

Intervensi :

1) Anjuran ibu meningkatkan intake cairan dan minum hangat, makanan berserat serta sayuran dalam diet

R/meningkatkan intake cairan dan makan-makanan yang mengandung serat tinggi dapat menjadikan feses

tidak keras dan padat, minum hangat dapat mengurangi resiko konstipasi dengan memperlancar kinerja pencernaan dan menstimulasi peristaltic usus.

2) Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

R/Berperan besar dalam menentukan defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

3) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga ringan secara rutin, baik dengan mengikuti kegiatan senam hamil atau sekedar berjalan ringan setiap harinya

R/ kegiatan latihan ringan dapat memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

c. Masalah : Edema Dependen

Tujuan :

ibu dapat beradaptasi dengan perubahan fisiologis yang dialami (edema dependen)

Intervensi :

1) Anjurkan ibu menghindari posisi berdiri terlalu lama

R/berdiri terlalu lama dapat menyebabkan gangguan sirkulasi dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah

2) Anjurkan ibu menghindari pemakaian sandal atau hak yang tinggi

R/Menekan peredaran darah sehingga darah tidak mengalir dengan lancar

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

R/mengurangi penekanan pada cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema

- 4) Anjurkan pada ibu untuk senam hamil

R/Memperlancar sirkulasi peredaran darah (Marjati, 2010).

d. Masalah 4 : hemoroid

Tujuan : tidak terjadi hemoroid

Kriteria :

BAB lancar, konsistensi lunak, BAB tidak nyeri

Intervensi :

- 1) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang berserat untuk menghindari konstipasi

R/Makanan berserat menjadikan feses tidak terlalu keras sehingga pengeluaran feses mudah.

- 2) Anjurkan ibu untuk tidak mengejan saat BAB

R/Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid

- 3) Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi

R/Minum air hangat dapat merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang kolon lebih cepat.

4) Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat

R/Selain hangatnya air dapat memberikan kenyamanan tidak hanya itu tetapi juga meningkatkan sirkulasi (Eny, 2009).

e. Masalah 5 : Kram Kaki

Tujuan :

ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (kram kaki)

Kriteria:

ibu dapat mengatasi mengurangi kram kaki yang dialami

Intervensi :

1) Anjurkan ibu untuk melakukan senam hamil secara teratur

R/Senam hamil dapat memperlancar peredaran darah suplei oksiegen ke jaringan sel terpenuhi

2) Anjurkan ibu menghindari aktifitas yang berat

R/otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang

3) Anjurkan ibu untuk jalan pagi setiap pagi

R/Melancarkan sirkulasi darah

4) Anjurkan ibu untuk tidak berdiri lama dan tidak menggunakan hak tinggi

R/Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah menjadi lancar (Ika dkk, 2010).

f. Masalah 6 : pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan :

ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga ibu tidak cemas

Kriteria:

kesadaran composmentis, pusing berkurang, tidak terjadi jatuh atau hilang kesadaran

Intervensi :

1) Jelaskan pada ibu penyebab pusing.

R/Ibu mengerti penyebab pusing yang dialami adalah penyebab dari hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan perubahan hemoroid.

2) Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/pada masa kehamilan terjadi proses hipofolemik yang mengakibatkan konsistensi darah menjadi lebih encer, jika ibu bangun secara tiba-tiba dapat menyebabkan pusing.

3) Anjuran ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

R/berdiri terlalu lama di lingkungan yang sesak mengakibatkan Kekurangan  $O_2$  dan dapat menyebabkan ibu pusing (Marmi, 2014).

g. Masalah 7 : sesak nafas

Tujuan :

ibu mampu beradaptasi dengan keadaanya dan kebutuhan  $O_2$  terpenuhi

Kriteria :

Frekuensi pernafasan 16-24x/menit, ibu menggunakan pernafasan perut.

Intervensi :

1) anjurkan ibu senam hamil teratur

R/Untuk merelaksasikan otot

2) anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi

R/Menghindari penekanan diafragma

3) anjurkan ibu menghindari kerja berat

R/Aktifitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan oksigen.

#### h. Masalah 8 : Nyeri punggung

Tujuan :

ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (Nyeri punggung)

Intervensi :

1) Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban

R/Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vetebrbra lumbo-psakral dan pengencangan otot-otot punggung

2) Anjurkan ibu untuk miring kekiri dan perut diganjal bantal

R/Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

3) gunakan sepatu dengan hak rendah

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

4) tekuk kaki pada saat membungkuk ketika menga- ngkat apapun lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit kedepan kaki yang lain saat menekukan kaki

R/Menekukan kaki akan membuat kedua tungkai yang menompang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kai dan menempatkan satu kaki sedikit kedepan kaki yang lain memberi jarak



yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok (Saiffudin, 2008).

i. Masalah 9 :panas dan nyeri ulu hati (heart burn)

Tujuan : tidak terjadi heart burn

Kriteria :

tidak kembung, ibu tidak ada rasa Nyeri pada perut bagian atas

Intervensi :

1) Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati (heart burn) yaitu peningkatan produksi hormone progesterone, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta tonus 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 pedes dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala

4) Hindari rokok, kopi, alcohol dan coklat

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

(Suistyawati, 2012).

j. Masalah 10 : insomnia

Tujuan :

ibu dapat tidur dan dapat istirahat dengan baik

Kriteria :

ibu tampak tenang dan rileks, ibu data tersenyum serta suami, keluarga memberikan dukungan. Intervensi :

1) Tinjau ulang kebutuhan ibu perubahn tidur normal berkenaan dengan kehamila. Tentukna pola tidur saat ini

R/Membantu mengidentifikasi kebutuhan untuk menetapkan pola tidur yang berbeda

2) Evaluasi tingkat keletihan ibu

R/Peningkatan retensi cairan, penambahan berat badan dan pertumbuhan berat janin, semua memperberat perasaan lelah, khususnya pada multipara.

3) Kaji terhadap kejadian insomnia dan respon ibu terhadap penurunan tidur, serta teknik relaksasi, membaca, mandi air hangat dan penurunan aktivitas sebelum tidur.

R/Aktivitas yang berlebih, kegembiraan, ketidaknyamanan fisik dan aktivitas janin dapat mempersulit tidur.

4) Anjurkan posisi semi flower, Perhatikan kesulitan bernafas karena posisi.

R/Pada posisi recumbent, pembesaran uterus, serta organ empedu menekan diafragma, sehingga membantu ekspansi paru. penggunaan semi flower memungkinkan diafragma menurun, membantu mengembangkan ekspansi paru lebih optimal.

5) Kolaborasi untuk pemeriksaan laboratorium terhadap sel darah merah dan kadar hemoglobin (Hb)

R/Akibat dari anemia dan penurunan kadar Hb/SDM/vertigo mengakibatkan penurunan oksigen jaringan serta memengaruhi perasaan letih yang akan mengganggu pola tidur ibu.

6) Rujuk ibu untuk konseling bila kekurangan tidur atau mengalami kelelahan yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari

R/Mungkin perlu bagi ibu menghadapi perubahan siklus tidue samapi terjaga, mengidentifikasi prioritas yang tepat dan memodifikasi komitmen.

7) Berikan informasi tentang perubahan perkemihan sehubungan dengan trimester III

8) R/Membantu ibu memahami alasan fisiologis dari frekuensi berkemih dan nokturia karena pembesaran uterus trimester III

9) Anjurkan ibu untuk menghindari posisi tegak waktu yang lama

R/Posisi ini memungkinkan terjadinya syndrome vena kava dan menurunkan aliran vena

10) Anjurkan ibu untuk melaksanakan posisi miring saat tidur, perhatikan keluhan nokturia

R/Meningkatkan peruse ginjal

11) Berikan informasi perlunya masukan cairan 6-8 gelas/hari, pengurangan masuakn 2-3 jam sebelum beristirahat dan penggunaan garam, makanan dan produk mengandung natrium dalam jumlah sedang

R/Mempertahankan tingkat cairan dan perfusi adekuat, yang mengurangi natrium diet, untuk mempertahankan status isotonik

12) Berikan informasi mengenai penhilangan natrium dari diet

R/Kehilangan atau pembatasan natrium dapat sangat menekan regulator rennin-angiotensi-aldosteron dari kadar cairan, mengakibatkan dehidrasi atau hipobolemia berat

13) Tes urine mindstream untuk memeriksa abumin

R/Dapat mengidentifikasi spasme glomerulus atau penurunan perfusi ginjal berkenaan dengan hipertensi akibat kehamilan (saiffudin, 2008).

k. Masalah 11 : kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria :

ibu rileks dan tampak tenang, tersenyum, dan suami serta keluarga memberi dukungan

Intervensi :

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 menggunakan air hangat

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

3) Anjurkan ibu menatalaksanakan relaksai progresif

R/Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan (Romauli, 2009).

#### **4. Implementasi**

Pada langkah keenam ini merupakan rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Yang dilaksanakan oleh semua bidan atau sebagian lagi oleh pasien atau anggota tim kesehatan lainnya. Perencanaan ini dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat (Dewi P, 2013).

#### **5. Evaluasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI NOMOR 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera di catat dan didokumentasikan
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar

- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien.

## 6. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan kejadian yang ditemuakn dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Pencatatan dilakuakn segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang telah tersedia
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP :
  - S : merupakan data subyektif, mencatat hasil anamnesa
  - O : merupakan data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
  - A : merupakan hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
  - P : merupakan penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif.

## 2.2.2. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

### 1. Pengkajian Data

#### A. Data Subyektif

##### 1) Biodata

###### a) Nama

Karena mungkin klien mengalami nama yang sama dengan alamat dan nomer telepon yang berbeda maka ditetapkan identitas pasti (Manuaba, 2012).

###### b) Usia

Ditulis dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti <20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya belum siap. Dan untuk umur > 35 tahun sangat rentan terjadinya perdarahan dalam masa nifas (Ambarwati, 2010).

###### c) Agama

Merupakan dasar bidan dalam memberikan dukungan spiritual dan mental terhadap klien dan keluarga sebelum dan saat persalinan (Manuaba, 2010).

###### d) Pendidikan

Peneliti menunjukkan semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin baik pula pengetahuannya. Pada pendidikan rendah ketika tidak mendapatkan cukup informasi tentang bagaimana



cara melakukan perawatan kehamilan yang baik (Romauli, 2011).

e) Alamat

Digunakan untuk menjaga kemungkinan bila ada klien dengan nama yang sama, mengetahui klien tinggal dimana. Dengan alamat dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. Dan digunakan bidan bila akan melakukan kunjungan kepada ibu (Roumali, 2011).

2) Keluhan utama

Menurut Manuaba (2012) tanda-tanda persalinan adalah :

- a) Terjadinya his persalinan yang mempunyai ciri khas yaitu pinggang terasa nyeri yang menjalar kedepan, bersifat teratur, interfal makin pendek, dan kekuatannya makin besar, yang mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin bertambah bila makin beraktivitas atau jalan.
- b) Terjadi pengeluaran lendir dan darah. Perdataran dan pembukaan disebabkan persalinan yang terjadi perubahan pada serviks. Lendir yang terdapat pada kanalis serviks lepas disebabkan oleh pembukaan.

c) Pengeluaran cairan. Timbulnya pengeluaran cairan oleh beberapa kasus ketuban pecah. Menjelang pembukaan lengkap sebagian besar ketuban baru pecah. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam. Gejala utama pada kala II :

(1) His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit, dengan durasi 50-100 detik.

(2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

(3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti dengan keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser (Manuaba, 2012).

### 3) Riwayat kesehatan

a) Penyebab peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan edema pada paru akibat dari perubahan fisiologi terjadinya peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung. Edema paru adalah gejala pertama dari mitral stenosis, terutama terjadi pada klien yang telah mengalami antrialis fibrilasi.

Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif.

Penambahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik atau autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan

bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saiffudin, 2010).

b) Asma

Wanita yang mengedera asma berat dan mereka yang tidak mengendalikan asma mereka tampak mengalami peningkatan insiden hasil maternal dan janin yang buruk, termasuk kelahiran bayi terlalu kecil, untuk usia gestasinya, abruption plasenta, karamnionitis, dan kelahiran seksio sesarea (Fraser, 2009).

c) Anemia

Gangguan his (kekuatan mengejan) merupakan bahaya saat persalinan, dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan bila kala pertama berlangsung lama. Kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum karena Anterior uteri, kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan Anterior uteri (Manuaba, 2012).

d) Gonorea

Dapat terjadi abortus spontan, berat badan lahir sangat rendah, ketuban pecah dini, dan korioamnionitis, persalinan premature (Fraser, 2009).

e) Diabetes mellitus

Idealnya pada ibu yang menderita DM tanpa komplikasi selama kehamilannya, persalinan dapat dilakukan secara spontan pada saat sudah cukup bulan (Fraser, 2009).

#### 4) Riwayat kebidanan

##### a) Riwayat menstruasi

Pada riwayat ini yang perlu dikaji dalam usia menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, adanya desminorea serta kaji HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir adalah data dasar yang di perlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi lahir (menurut tafsiran ibu) dan tafsiran persalinan (Rohani, 2014).

Menurut marmi (2014) riwayat menstuasi :

##### a) Menarche

Merupakan terjadinya haid pertama kali. Menarche terjadi pada usia pubertas yaitu 12-16 tahun. Rata-rata 12,5 tahun.

##### b) Siklus haid

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

##### c) Hari pertama haid terakhir

Untuk menentukan tafsiran persalinan HPHT dapat digunakan. Bila siklus haid  $\pm 28$  hari, rumus yang di gunakan adalah rumus neagle yaitu hari +7, bulan -3, tahun +1.

b) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

1) Riwayat kehamilan yang lalu

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

2) Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu yang mencakup tipe persalinan apakah spontan, forcep, ekstensi vakum, aterm atau premature, berat lahir. Jenis kelainan serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011).

3) Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C. bila berturut-turut selama dua hari terjadi peningkatan suhu melebihi 38°C, kemungkinan terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya, akan menjadi keras karena kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri disebut “nyeri ikutan” (after pain) terutama pada multipara (Manuaba, 2010).

c) Riwayat kehamilan dan persalinan sekarang

1) Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan.

Untuk mengetahui umur kehamilan, perkiraan lahir.

2) Keluhan-keluhan pada trimester I,II,III. Untuk mengetahui

adanya gangguan seperti : muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda.

3) Pergerakan janin pertama kali dirasakna pada usia kehamilan berapa. Untuk mengetahui gerakan janin aktif atau tidak.

4) Dimana ibu memeriksakan kehamilannya, untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan.

5) Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya. Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sudah hamil berapa minggu.

6) Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya, untuk mengetahui imunisasi TT (Tetanus Toxoid) sudah atau

belum, kapan dan berapa kali. Keadaan psikososinya. Untuk

mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya,

wanita mengalami banyak perubahan emosi atau psikologi

selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri

menghadapi menjadi seorang ibu (Nurhidayah, 2014).

d) Riwayat keluarga berencana

Diperlukan kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi *estimated date of delivery* (EDD) dan karena penggunaan metode lain dapat membantu menanggapi kehamilan. Riwayat oengguna IUD terdahulu meningkatkan resiko kehamilan ektopik dan tanyakan kepada klien lamanya pemakaina lat kontrasepsi dan jenis kontrasepsi yang digunakan serta keluhan yang dirasakan (Marmi, 2011).

5) Pola hidupan sehari-hari

a) Nutrisi

Ibu diperbolehkan mengonsumsi makan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energy. Namun makan dan minum selama persalinan menyebabkan ibu menagalami peningkatan resiko regurgitasi dan anspirasi isi lambung (Fraser, 2009).

b) Eliminasi

Saat janin mulai turun ke pelvis, kandung kemih rentan terhadap kerusakan akibat tekanan kepala. Dasar kandung kemih dapat berkopresi anatar gelang pelvik dan kepala janin. Resiko trauma semakin besar jika kandung kemih mengamlami distensi. Ibu harus dianjurkan untuk berkemih diawal kala II (Fraser, 2009).

c) Personal hygiene

Dalam menjalani proses persalinan Data ini perlu digali karena sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien. Beberapa pertanyaan yang perlu diajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien :

- (1) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi.
- (2) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam  
(Sulistyawati, 2010).

d) Istirahat

Umumnya ibu lebih suka berbaring karena sakit ketika his  
(Yuliananingsih, 2016).

e) Aktivitas

Dalam kala I apabila ketuban belum pecah wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan, apabila berbaring sebaiknya kesisi letaknya punggung janin, jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan harus berbaring  
(Mochtar, 2012).

f) Hubungan seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa coitus dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetric yang prima. Akan tetapi, riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih 1 kali, keguguran yang nyaris



terjadi pada trimester kedua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester ke dua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada kehamilan trimester tiga adalah peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2011).

g) Kebiasaan sehari-hari

(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 syndrome alcohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alcohol membuat klinis wajah 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).

#### h) Riwayat psikososial dan budaya

Kebiasaan adat yang dianut dalam menghadapi persalinan selama tidak membahayakan pasien sebaiknya tetap difasilitasi karena ada efek psikologis yang positif untuk pasien dan keluarganya (Sulistyawati, 2010).

### **B. Data obyektif**

#### 1. Pemeriksaan umum

##### a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, postur tubuh, saat ini diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadan umum, dan cara berjalan (cenderung membungkuk, terdapat lordosis, kifosis, scoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011).

##### b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian tingkat kesadarn mulai drai keadaan composmentis (kesadaran maksimal) sampai dengan koma (pasien tidak dalam keadaan sadar) (Sulistyawati, 2011).

c) Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi terlentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan. Persalinan lebih meningkat tekanan darah (Fraser, 2009).

2) Nadi

Nadi yang normal menunjukkan ibu dalam kondisi yang baik, jika  $>100$  kemungkinan ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, atau perdarahan peningkatan nadi salah satu tanda ruptur uteri. Nadi diukur tiap 1-2 jam pada awal persalinan (Lailiyani dkk, 2011).

3) Suhu

Suhu tubuh sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selam dan segera setelah melahirkan. Dianggap normal yaitu peningkatan suhu yang tidak lebih dari  $0,5-1^{\circ}\text{C}$ . mencerminkan peningkatan metabolisme persalinan (Varney, 2008).

#### 4) Pernafasan

Peningkatan frekuensi pernafasan masih normal selama persalinan dan menunjukkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Manuaba, 2010).

### 2. Pemeriksaan fisik

#### a) Kepala

Bersih atau tidak, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak.

Tanda kurang gizi dan kelainan tertentu yaitu rambut yang mudah dicabut (Romauli, 2011).

#### b) Muka

Pada muka perlu dilakukan pemeriksaan edema yang menjadi tanda klasik preeklamsia (Varney, 2008).

#### c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva merah muda, apabila pucat menandakan anemia, sclera normal berwarna putih, apabila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, apabila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklamsia (Romauli, 2011).

#### d) Hidung

Tidak ada massa, edema mukosa, sekresi (lendir atau darah) tidak ditemukan gerak cuping hidung pada pernafasan (Widatiningsih, 2017).

e) Mulut dan gigi

Pada triwulan pertama kehamilan mengalami mual dan muntah. Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies, gingivitis, dan sebagainya. Bila kerusakan gigi tidak diperhatikan dengan baik, hal ini dapat mengakibatkan komplikasi seperti sepsis puerperalis karena infeksi di rongga mulut (Wiknjosastro, 2009).

f) Leher

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hyperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar limfe yang membengkak yaitu salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012).

g) Dada

Adanya hiperpigmentasi areola, puting susus bersih dan menonjol. Kolostrum mulai keluar dari papilla mammae pada pasien multigravida yang telah mantap menyusui pada masa kehamilan sebelumnya pada minggu ke-12. Dan pada masa akhir kehamilan pada wanita primigravida baru akan memproduksi kolostrum. BJ 1 BJ 2 terdengar tunggal, ada

tidaknya suara tambahan wheezing dan ronchi (Romauli, 2011).

h) Abdomen

Pemeriksaan abdomen yaitu posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saiffudin, 2014).

i) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa bloody slym tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebabagai tanda gejala kala II (Manuaba dkk, 2012). Pengeluaran cairan, pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan terjadinya pengeluaran cairan (Manuaba, 2010). pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka ataun masa termasuk kondiloma, varikosis vulva atau rectum, adanya perdarahan pervagnam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomy sebelumnya, sementara pada kala II terdapat perinium menonjol dan vulva membuka (Wiknjosastro, 2008).

j) Anus

Perinium mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul dan mulai membuka pintu (Wiknjosastro, 2008).

k) Ekstremitas

Edema adalah 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 (terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negative pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi, 2010).

3. Pemeriksaan Khusus

a) Palpasi Palpasi yaitu perubahan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi siatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya engagement, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala presentasi janin (Fraser dan cooper, 2009).

b) Tinggi fundus uteri (TFU)

sesuai usia kehamilan perkiraan tinggi fundus uteri dalam minggu yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.10  
perkiraan usia dalam minggu dan TFU dalam cm

Usia kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam (cm)	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Terba diatas simpisis pubis
16 minggu	-	Ditengah antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	-	Pada umbilicus
22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm( $\pm 2$ cm)	-
28 minggu	28 cm ( $\pm 2$ cm)	Ditengah antara umbilicus 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)



c) Cara menentukan tafsiran berat janin (TBJ)

Tafsiran ini berlaku untuk ajnin presentasi kepala. Terdapat rumus sebagai berikut :

$$(TFU(\text{cm})-n) \times 155 = \text{berat (gram)}$$

Bila kepala sudah masuk pintu atas panggul (PAP) maka  $n=12$ , bila kepala diatas spina iskiadaika maka  $n=11$  (Romauli, 2011). Untuk lebih jelasnya mengetahui berat janin dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.11  
TBJ normal untuk usia kehamilan trimester III

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

Sumber : (Manuaba, 2012)

d) Penurunan

Bagian terbawah janin penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari (perlimaanan) (Wiknjosastro, 2009).

e) Penurunan kepala







Menurut bidang hodge untuk menentukan seberapa jauh bagian terdapan janin turun ke dasar panggul. Hodge menentuka bidang penurunan yaitu sebagai berikut :

- 1) H I : Bidang yang sama dengan pintu atas panggul (PAP)
- 2) H II : Bidang sejajar dengan HI setinggi tepi bawah simfisis
- 3) H III : Bidang sejajar dengan HI setinggi spina ischiadica
- 4) H IV : Bidang sejajar dengan HI setinggi ujung tulang kelangkung (os sacrum)

Dapat ditetapkan kemungkinan persalinan melalui vaginal, atau persalinan dengan operasi section caesarea (SC), dengan menentukan penurunan sesuai dengan bidang hodge. Bila kepala atau bagian terendah masih tinggi, diaats bidang H II. persalinan pervaginam yang aman dengan trauma minimal, bila penurunan terendah telah melampaui batas H III (Manuaba, 2012).

Tabel 2.12

## Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaan

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5 		Kepala diatas PAP mudah digerakan
4/5 	H I-II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	H III+	Bagian terbesar sudah masuk panggul
1/5 	H III-IV	Kepala didasar panggul
0/5 	H IV	Di perineum

Sumber : (Siffuddin,2013)

## f) Auskultasi

Dibandingkan denyut jantung orang biasa denyut jantung berbunyi ganda tetapi lebih cepat. DJJ normal harus berada pada rentang 110-160x/menit (Freser, 2009). Lokasi punctum maksimum denyut jantung janin dapat digunakan untuk mengetahui sikap badan janin.

Selama kala I persalinan denyut jantung janin (DJJ) harus dievaluasi segera setelah sebuah kontraksi paling tidak setiap 30 menit dan setiap 15 menit selama kala dua. Untuk wanita dengan kehamian beresiko, evaluasi auskultasi dilakukan paling tidak setiap 15 menit selama kala satu dan 5 menit pada kala dua (Lenovo, 2009).

g) His

His persalinan adalah kontraksi otot-otot rahim yang fisiologis. Hal-hal yang harus diobservasi pada persalinan yaitu :

- 1) Frekuensi atau jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per 10 menit.
- 2) Amplitudi atau intensitas yaitu kekuatan his diukur dengan mmHg.
- 3) Durasi bila dalam lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, misalnya selama 40 detik.
- 4) Datangnya his apakah sering, teratur atau tidak.
- 5) Interval yaitu masa relaksasi (Eniyati, 2012).

h) Pemeriksaan dalam

- 1) Pemeriksaan serviks

Biasanya derajat pendataran serviks dinyatakan dengan panjang kaalis servisi berbanding dengan panjang yang belum mendatar. Jika panjang serviks berkurang separuh, dikatakan 50% mendatar, jika serviks menjadi setipis segmen uterus

dibawah di dekatnya, serviks dikatakan telah mendatar penuh atau 100%.

2) Dilatasi serviks

Dilatasi serviks ditentukan yaitu dengan memperkirakan diameter rata-rata pembukaan serviks. Jari pemeriksaan disापुkan dari tepi serviks di satu sisi yang berlawanan, dan diameter yang dilintasi dinyatakan dalam centimeter.

3) Posisi serviks

Hubungan antara os serviks dengan kepala janin dikategorikan sebagai posterior, posisi setengah, atau anterior. Posisi posterior mengesankan persalinan preterm.

4) Deteksi pecahnya selaput ketuban

Suatu diagnosis pasti pecahnya selaput ketuban dibuat apabila cairan amnion terlihat berada dia forniks posterior atau cairan jernih mengalir dari kanalis serviks.

5) Bidang hodge

Bidang hodge I yaitu bidang yang sama dengan pintu atas paggul, Hodge II yaitu bidang sejajar dengan Hodge I setinggi teoi bawah simfisis, Hodge III bidang sejajar dengan Hodge I setinggi spina iskiadika, Hodge IV yaitu bidang sejajr dengan Hodge I setinggi ujung tulang kelangkang (os sacrum) (Manuaba, 2010).

#### 4. Pemeriksaan penunjang

##### 1) Urin

Urin yang dikeluarkan selama persalinan harus diperiksa untuk adanya glukosa, keton dan protein. Keton dapat terjadi akibat kelaparan atau distress maternal jika semua energy yang ada telah terpakai. Kadar keton yang rendah sering terjadi selama persalinan dan dianggap tidak signifikan. Kecuali pada ibu non diabetic yang baru saja mengkonsumsi karbohidrat atau gula dalam jumlah besar, glukosa ditemukan dalam urine hanya setelah pemberian glukosa intervena. Jejak protein bisa jadi merupakan kontaminan setelah ketuban pecah atau tanda infeksi urinaria, tetapi proteinuria yang lebih signifikan dapat mengindikasikan adanya preeklamsia (Fraser et al, 2009).

##### 2) Darah

Yang diperiksa dalam golongan darah ibu, kadar hemoglobin dan HbgAg (Romauli, 2011).

##### 3) Ultrasonografi (USG)

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Sehingga boleh dipergunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011).

#### 4) Non Stress Test (NST)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiograf*, atau *fetal activity acceleration determination* (FAD:FAAD). Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011).

## 2. Diagnosa kebidanan

Diagnose kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan berkaitan dengan para, abortus, anak hidup, usia ibu dan keadaan nifas (Sulistyawati, 2009).

P....A umur kehamilan...minggu, tahun, hamil ke... janin tunggal/kembar, hidup/mati, intra/ekstra uteri, letak memanjang/melintang, presentasi kepala/bokong, punggung kanan/kiri dengan persalinan kala I fase...

- a) Kala I dengan fase laten
- b) Kala I dengan fase aktif
- c) Kala II dengan kemungkinan masalah sebagai berikut :
  - (1) Kekurangan cairan
  - (2) Keletihan
  - (3) Infeksi (Saiffudin, 2010)
  - (4) Kram tungkai

(5) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan. KU baik (Kemenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan)

(6)  $P_{\geq 1}$  kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik,prognosa baik dengan kemungkinan masalah

(Sulistyawati, 2011).

(7)  $P_{\geq 1}$  kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi yaitu :

(a) Antonia uteri (Sukarni, 2013).

(b) Robekan vagina, perineum atau serviks (Sukarni, 2013).

### 3. Perencanaan

GPAPIAH UK 37-40 minggu, tunggal, hidup, intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, HI-IV, kepala sudah masuk PAP keadan jalan lahir normal KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/aktif (akselerasi, dilatasi maksimal, deselerasi) atau kala II.

Tujuan :

setelah dilakukan asuhan kebidanan proses keadaan ibu dan bayi sehat, persalinan berjalan dengan lancar

Kriteria :

1) KU baik, kesadaran composmentis

2) TTV dalam batas normal

TD : 100/60-130/90 mmHg



S : 36-37°C

N : 80-100x/menit

R : 16-24X/menit

- 3) His minimal 2 kali tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- 4) Kala I pada primigravida 12 jam, pada multigravida 6 jam
- 5) Kala II pada primigravida 2 jam, pada multigravida 1 jam
- 6) Bayi lahir spontan, menagis 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.

Berikut adalah langkah-langkah persalinan normal menurut Darmayanti (2011) :

**a) Mengenali tanda dan gejala kala II**

1. Mengenali tanda dan gejala kala II

- (a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
- (b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum atau vaginanya
- (c) Perineum menonjol
- (d) Vulva-vagina dan spingter anal membuka

**b) Menyiapkan pertolongan persalinan**

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 IU dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau clemek plastic yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkannya dengan handuk satu kali pakai atau handuk pribadi yang bersih.
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang digunakan untuk periksa dalam.

**c) Memastikan**

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT.
  - a. Jika mulut vagina, perineum atau anus yang terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang.
  - b. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.

c. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi langkah 9).

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks udah lengkap.

a. Bila selaput ketuban sudah pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi

9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dengan posisi terbalik selama 10 menit, mencuci kedua tangan.

10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).

a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

b. Mendokumentasi hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

**d) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran**

11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan penemuan-penemuan.

b. Menjelaskan pada keluarga cara memberikan dukungan dan motivasi kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat his, bantu posisi ibu setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat meneran:

a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

c. Membantu ibu mengaambil posisi yang nyaman sesuai dengan keinginanya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).

d. Menganjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

f. Menganjurkan asupan cairan per Oral

- g. Menilai DJJ setiap 5 menit.
- h. Merujuk segera jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- i. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman.

**e) Persiapan pertolongan kelahiran bayi**

- 14. Jika kepala bayi telah membuka vulva 5-6 cm, meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15. Meletakkan kain yang bersih 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 16. Membuka partus set
- 17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

**f) Menolong kelahiran bayi**

- 18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.

- a. Jika terdapat mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lender DeLee DTT atau steril.

19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung dengan kain atau kasa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera kelahiran Bayi:
  - a. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
  - b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan, lahir bahu.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar sampai bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah bawah untuk melahirkan bahu posterior . Lahir badan dan tungkai.
23. Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah kearah perincum ibu untuk menyangga kepala lengan dan siku sebelah bawah menggunakan 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. Memegang kedua mata kaki(masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari-jari lainnya.

**g) Penanganan bayi baru lahir**

25. Lakukan penilaian(Selintas)

a. Apakah bayi menangis atau bernafas/tidak megap-megap?

b. Apakah tonus otot bayi baik/ bayi bergerak aktif? Jika bayi tidak menangis , bernafas, atau megap-megap lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada pada asfiksia bayi baru lahir).

26. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah / kain yang kering. Biarkan bayi tengkurap diatas 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 UI IM (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

30. Setelah 2 menit pascapersalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali 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 diantara 2 klem tersebut.

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

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

32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dan puting payudara ibu

a. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

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

c. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui



untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit.

Bayi cukup menyusu dari satu payudara

- d. Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

#### **h) Penatalaksanaan aktif kala III**

33. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

34. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi tangan lain memegang tali pusat.

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kea rah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kea rah belakang ... atas (dorso – cranial) secara hati-hati ( untuk mencegah inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan taali pusat dan tunggu hingga timbul kontrakssi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

#### **i) Mengeluarkan plasenta**

36. Lakukan penegangan dan dorongan doso-cranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajr lantai dan kemudian ke arah atas. Mengikuti poros (tetap lakukan tekanan dorso- cranial)

37. Saat plasenta muncul di intrioitus vagina , dilahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput

ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

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

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

**k) Menilai perdarahan**

39. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.
40. Evaluasi kemungkinan laresasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

**l) Melakukan prosedur pasca persalinan**

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0.5%, bersihkan noda darah dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0.5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering serta pakai sarung tangan bersih.

**m) Evaluasi**

43. Pastikan kandung kemih kosong.
44. Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit)

**n) Kebersihan dan keamanan**

48. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
49. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang aatau sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan 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/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
56. Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperature tubuh (normal 36,5-37,5°C) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan Bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat di susukan.
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

**o) Dokumentasi**

60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda vital dan Asuhan kala IV.

Kemungkinan masalah dalam persalinan antara lain :

**1. Masalah kala I**

1) Cemas dalam menghadapi persalinaan

Tujuan :

Kecemasan ibu dalam proses persalinaan berkurang

Kriteria :

Ibu merasa tenang dan tidak cemas

Intervensi :

(1) Hadirkan orang yang terdekat dengan ibu

R/Hasil persalinaan yang baik ternyata sangat erat hubungannya dengan adanya dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinaan

(2) Berikan sentuhan fisik kepada ibu misalnya seperti pada tungkai, kepala, dan lengan.

R/Sentuhan yang diberikan kepada wanita atau misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan tanpa adanya tujuan lain yang bisa mengekspresikan kepedulian, memberi kenyamanan, pengertian serta dapat menentramkan, membuat ibu menjadi tenang, menghilangkan kesepian, dan lain sebagainya.

## (3) Berikan usapan pada punggung dan perut ibu

R/Usaplah pada punggung ibu dengan memberikan tekanan eksternal pada tulang belakang atau lumbal jadi dapat mengurangi nyeri. Usapan pada perut bisa meningkatkan kenyamanan terhadap ibu dan merupakan ekspresi kepedulian kepada kemampuan.

## (4) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang akan dilakukan

R/Rencana asuhan harus dijelaskan kepada ibu dan keluarganya supaya mereka mengerti manfaat yang diharapkan (Marmi, 2011).

## 2) Nyeri

Tujuan :

Selama proses persalinan ibu merasa nyaman

Kriteria :

Nyeri punggung berkurang, ibu tidak merasa cemas dan ibu tenang

Intervensi :

## (1) Hadirkan orang terdekat ibu

R/Kehadiran orang terdekat dapat memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi persalinan

- (2) Berikan usapan punggung.

R/Usapan punggung merupakan bentuk stimulasi kulit yang digunakan selama proses persalinan dalam menurunkan nyeri secara efektif.

- (3) Pengipasan atau penggunaan handuk sebagai kipas.

R/Ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan mengeluarkan keringat.

- (4) Pemberian kompres hangat pada punggung.

R/kompres hangat dipunggung dapat meningkatkan sirkulasi dipunggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan

## 2. Masalah kala II

- 1) Infeksi

Tujuan : infeksi dapat teratasi

Kriteria :

- a) KU baik
- b) Nadi (76-100x/menit)
- c) Suhu (36-37,5°C)
- d) Cairan ketuban atau cairan vagina tidak berbau.

Intervensi :

- (1) Baringkan miring ke kiri

R/Tidur miring dapat mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan.

- (2) Pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125ml/jam.

R/Salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu tubuh meningkat menyebabkan dehidrasi.

- (3) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram /oral.

R/Antibiotic mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit.

- (4) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan dan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetric.

R/Infeksi tidak segera tetangani dapat berkembang kearah syok yang menyebabkan terjadinya kegawat-darutatan pada ibu dan janin.

## 2) Kekurangan cairan

Tujuan :

Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

Nadi 76-100x/menit dan urin jernih, produksi urine 30cc/jam

Intervensi :

- (1) Anjurkan ibu untuk minum

R/ ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan cairan (minum)



(2) Jika dalam 1 jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infuse menggunakan jarum dengan diameter 16/18G dan berikan RL atau NSL 125cc/jam

R/ pemberian cairan intravena akan lebih cepat diserap oleh tubuh sehingga ibu tidak mengalami dehidrasi dan penggunaan jarum dengan diameter 16/18G dapat mempermudah tindakan apabila ibu memerlukan tranfusi darah.

(3) Segera rujuk ke fasilitas yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir

R/Rujukan dini dengan ibu kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi.

### 3. Masalah kala III

#### a. Retensio plasenta

Tujuan :

Plasenta dapat dikeluarkan secara lengkap

Kriteria hasil :

Tidak ada sisa plasenta yang tertinggal

Intervensi :

1) Jika plasenta terlihat dalam vagina, mintalah ibu untun meneran.

R/ jika dapat merasakan plasenta dalam vagina keluarkan plasenta tersebut.

2) Pastikan kandung kemih kosong.

R/ kandung kemih yang penuh dapat memperlambat kontraksi uterus. Bila perlu lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh.

3) jika plasenta belum keluar, berikan oksitosin 10 unit IM. Jika belum dilakukan pada manajemen aktif kala III.

R/ pemberian oksitosin dapat membantu uterus berkontraksi dengan baik.

4) Jangan berikan ergometrin.

R/ pemberian ergometrin dapat menyebabkan kontraksi uterus yang tonik, dapat memperlambat pengeluaran plasenta.

5) Jika plasenta belum dilahirkan selama 30 menit pemberian oksitosin dan uterus terasa berkontraksi, lakukan penegangan tali pusat terkendali.

R/ tali pusat akan memanjang jika plasenta sudah terlepas

6) Jika penegangan belum berhasil, cobalah untuk melakukan pengeluaran plasenta secara manual.

R/ plasenta manual dilakukan jika ibu mengalami perdarahan setelah 30 menit plasenta tidak lahir.

7) Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji pembekuan darah sederhana.

R/ menghentikan perdarahan

8) Jika terdapat tanda – tanda infeksi (demam, secret vagina yang berbau) berikan antibiotik.

R/ menghindari terjadinya infeksi pada ibu.

9) Raba bagian dalam uterus untuk mencari sisa plasenta.

R/ eksplorasi manual uterus menggunakan teknik yang serupa dengan teknik yang digunakan untuk mengeluarkan plasenta yang tidak keluar (Rukiyah, 2014).

Selain itu, menurut Saifuddin sebelum dilakukannya plasenta manual, perlu dilakukan terlebih dahulu:

10) Pasang infus drip oksitosin 20 unit dalam 500 cc NS atau RL dengan 40 tpm.

R/ pemberian infus NS atau RL dapat menggantikan cairan tubuh yang hilang akibat perdarahan (Saiffudin, 2009 dalam Permani, 2013).

11) Bila tidak memenuhi syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetric.

R/ dengan merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang lebih kompeten dapat meminimalisir terjadinya angka kematian ibu (Kamariyah, 2014).

b. Alvulsi tali pusat

Tujuan: Alvulsi tidak terjadi, plasenta lahir dengan lengkap

Kriteria: Tali pusat utuh

Intervensi menurut saifuddin (2009) :

- a) Palpasi pada uterus untuk melihat kontraksi, minta ibu untuk meneran setiap kontraksi

R/ setiap kontraksi yang dibantu ibu meneran akan membantu pengeluaran plasenta secara utuh

- b) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati. Bila mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-kranial pada uterus

R/ periksa dalam dilakukan untuk mengetahui apakah ada sisa plasenta yang tertinggal karena sisa plasenta yang tertinggal dapat menyebabkan perdarahan postpartum

- c) Setelah plasenta lahir, lakukan masase pada uterus dan periksa plasenta

R/ Masase dilakukan segera setelah plasenta lahir untuk mencegah terjadinya perdarahan

- d) Jika plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit, tangani sebagai retensio plasenta

R/Penanganan yang tepat dan cepat bisa menyelamatkan jiwa ibu.

#### 4. Masalah kala IV

##### 1) Sub involusi uterus

Tujuan : Dapat teratasi terjadinya sub involusi uterus

Kriteria :

- a) Kontraksi uterus baik
- b) Infeksi tidak terjadi

Intervensi :

- a) Pemberian antibiotic
- b) Pemberian uterotonika. Dilakukan dengan memberikan injeksi metrhergin ditambah dengan ergometrin peroral
- c) Pemerian tranfusi
- d) Dilakukan kerokan apabila disebabkan oleh tertinggalnya sisa-sisa plasenta (Sriningsih, 2018).

##### 2) Antonia uteri

Tujuan : Antonia uteri dapat teratasi

Kriteria :

Kontraksi uterus baik, keras dan perdarahan <500 cc

Intervensi :

- a) Untuk memberikan cairan pengganti pasang infuse
- b) Berikan uterotonika mintramuscular, intravena atau dengan drip
- c) Lakukan masase uterus sehingga kontraksi otot rahim makin cepat dan makin kuat

- d) Segera lakukan kompresi aorta abdominalis selama 5-7 menit untuk mengurangi perdarahan
  - e) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi dan perdarahan terus keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal. Berikan suntikan 0,2 mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mg per rectal dan gunakan jarum berdiameter besar (ukuran 16-18), pasang infus dan berikan 500 cc larutan RL yang mengandung oksitosin 20 UI.
  - f) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan masih keluar ulangi KBI
  - g) Jika kontraksi tidak berkontraksi selama 12 menit, rujuk ibu ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan penanganan yang lebih tepat
  - h) Selama merujuk damping ibu, lanjutkan KBI dan infuse cairan hingga ibu tiba ditempat rujukan
- (Manuaba, 2010).
- 3) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan :

Robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

Vagina, peronium atau serviks dapat terjahit dengan baik dan perdarahan kurang dsar 500 cc

Intervensi :

- a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan leserasi yang timbul
- b) Jika terjadi leserasi derajat 1 dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat 2 lakukan penjahitan.
- c) Bila terjadi robekan derajat 3 atau 4 maka :
  - (1) Pasang infuse dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16-18) dan berikan RL
  - (2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar
  - (3) segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetric
  - (4) damping ibu ke tempat rujukan (Marmi, 2016).

#### **4. Implementasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien atau pasien dalam upaya promotif, preventive, kuratif dan rehabilitative. Dilakukan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Dengan kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritua-kultural

- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan keluarga (*inform consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien atau pasien
- 5) Menjaga privacy klien atau pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi pasien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, saran dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Meaksanakan tindakan yang sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

#### **5. Evaluasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI NOMER 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektivitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera di catat dan didokumentasikan
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar



- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjut sesuai dengan kondisi klien

## 6. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakuakn pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan kejadian yang ditemuakn dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang telah tersedia
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP :
  - S : merupakan data subyektif, mencatat hasil anamnesa
  - O : merupakan data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
  - A : merupakan hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
  - P : merupakan penatalaksanaaa, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif.

### 2.2.3. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

#### 1. Pengkajian Data

##### A. Data Subyektif

###### a) Biodata

Nama lengkap dan jelas, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar dalam memberikan penanganan tidak keliru. (Ambarwati, 2010)

###### b) Usia

Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psikisnya, Usia kurang dari 20 tahun. Sedangkan pada masa nifas usia lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi perdarahan (Ambarwati, 2010).

###### c) Agama

Untuk mengetahui keyakinan klien tersebut untuk mengarahkan atau membimbing klien untuk berdoa . (Ambarwati, 2010).

###### d) Pendidikan

Untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya dan berpengaruh dalam tindakan kebidanan, sehingga bidan dalam memberikan konseling sesuai dengan pendidikan klien (Ambarwati, 2010).

## e) Pekerjaan

Digunakan untuk mengetahui dan mengukur tingkat social ekonominya. Karena pekerjaan mempengaruhi dalam gizi klien (Ambarwati, 2010).

## f) Alamat

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

## 2. Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Ambarwati, 2010).

Keluhan yang sering dialami ibu nifas yaitu sebagai berikut :

## a) Keringat berlebihan

Ibu nifas mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler selama kehamilan.

b) *After pain*

Terjadinya nyeri setelah persalinan disebabkan oleh kontaksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat ada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten

(sebentar-sebentar) berbeda dengan wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

c) Payudara terasa penuh

Adanya gangguan antara akumulasi air susu dan gangguan antara akumulasi air susu dan meningkatnya vaskularitas dan kongesti mengakibatkan terjadinya pembengkakan payudara. Yang menyebabkan penyumbatan pada saluran limfe dan vena yang terjadi pada hari ketiga postpartum.

d) Konstipasi

Hal ini disebabkan karena waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong. Pada waktu persalinan terjadi pengeluaran cairan yang berlebih, kurang makan, dan leserasi jalan lahir.

e) Nyeri luka perineum

Nyeri yang dialami terjadi karena adanya jaringan syaraf yang terputus pada perineum. Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat leserasi atau episiotomy dan jahitan leserasi atau episiotomy tersebut.

f) Hemoroid

Mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari pada wanita yang mengalami hemoroid, jika terjadi selama masa kehamilan, hemoroid menjadi traumatis dan menjadi edema selama wanita mendorong bayi pada kala II persalinan karena tekanan bayi dan distensi saat melahirkan (Tresnawati, 2012).

3. Riwayat obstetric

a) Riwayat kehamilan, persalianan dan nifas yang lalu

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalianan, keadaan nifas yang lalu (Ambarwati, 2010).

b) Riwayat kehamilan sekarang

Tanggal persalianan, jenis persalianan, jenis kelamin anak. Keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalianan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada nifas saat ini (Ambarwati, 2010).

c) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan jenis apa, berapa lama, ada keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas (Wulandari, 2011).

#### 4. Riwayat kesehatan

##### a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti: jantung, DM, Hipertensi, Asma, TBC yang dapat memengaruhi pada masa nifas ini (Ambarwati, 2010).

##### b) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data yang diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinnya.

##### c) 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 menyertai (Ambarwati, 2010).

#### 6. Pola kebiasaan sehari-hari

##### 1) Nutrisi

Menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya jenis makanan, makanan pantangan (Ambarwati, 2010).

##### 2) Personal hygiene

Untuk mengetahui berapa kali pasien mandi, gosok gigi, keramas, ganti pakaian (Ambarwati, 2010).

### 3) Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui berapa kali ibu BAB maupun BAK dalam sehari mengalami kesulitan atau sudah pergi ke kamar mandi sendiri. Dalam keadaan normal ibu dapat BAK secara spontan 8 jam setelah melahirkan, sedangkan BAB biasanya tertunda 2 sampai 3 hari setelah melahirkan (Sujiyanti, 2009).

### 4) Istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur (Wulandari, 2010).

### 5) Seksual

Diisi untuk mengetahui berapa kali ibu melakukan hubungan dalam seminggu (Sulistyawati, 2009).

### 6) Pola kebiasaan

#### a) Makanan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup, bergizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (ibu harus mengonsumsi 3 sampai 4 porsi tiap hari) (Heryani R, 2010).

#### b) Minum

Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari. Pil zat besi setidanya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul

vitamin A (2000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI (Heryani R, 2010).

#### 7) Riwayat Psikologi Spiritual

Ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah kelahiran. Depresi tersebut sering disebut *postpartum blues* sebagian besar merupakan perwujudan fenomena psikologis yang dialami oleh wanita terpisah dari keluarga dan bayinya (Anggraini, 2010).

### **B. Data obyektif**

#### 1) Pemeriksaan umum

##### a) Keadaan umum

Keadaan umum baik, kesadaran Composmentis, postur tubuh pada saat diperhatikan bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (apakah cenderung membungkus, lordosis, kifosis, scoliosis, atau berjalan pincang) (Romauli, 2011).

##### b) Tanda-tanda vital

##### (1) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita yang mengalami peningkatan darah secara sistolik maupun diastolic, yang akan kembali normal seperti sebelum hamil selama beberapa hari.



(2) Nadi

Setelah beberapa jam postpartum denyut nadi yang meningkat akan kembali normal. Hemoragi, demam selana persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat mengurangi proses ini. Selama puerperium mungkin menunjukkan adanya hemoragi postpartum apabila denyut nadi diatas 100x/menit.

(3) Suhu

Suhu diatas 38°C yang terjadi diantara hari ke 2-10 postpartum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperium*. Kenaikan suhu tubuh pada saat masa nifas dianggap sebagai infeksi masa nifas yang tidak dikemukakan sebab-sebab eksrta genital (Saifuddin, 2014).

(4) Pernafasan

Nafas ibu pendek, cepat atau ada perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi seperti eksaserbesi, asma, embolus paru dan kelelahan.

## 2. Pemeriksaan fisik

### a) Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicaut menandakan kurang gizi atau terdapat kelainan tertentu (Romauli, 2011).

### b) Muka

Pada daerah muka dilihat kesimetrisan muka, apakah kulitnya normal, pucat, ketidak simetrisan muka menunjukkan adanya gangguan pada saraf ke tujuh (nervus fasialis). Apakah terdapat oedema atau tidak, muka pucat atau tidak (Hani dkk, 2011),

### c) Mata

Bentuk mata simetris, konjuntiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis. Sclera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu terinfeksi hepatitis, bila merah kekuningan ada konjungtivitas. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan terjadi adanya preeclamsia (Romauli, 2011).

### d) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kalainan pada mulut lihat warna bibir, apakah ada stomatitis atau tidak. Untuk

megetahui adanya stomatitis, karies gusi. Gusi berdarah atau tidak (Sulistyawati, 2012).

e) Telinga

Normal tidak ada serumen yang berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris (Romauli, 2011).

f) Leher

Leher normal tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada pembengkakan limfe dan tidak ada bendungan vena jugularis (Romauli, 2011).

g) Payudara

Pemeriksaan payudara yaitu puring susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan, abses, produksi ASI (Saifuddin, 2014).

h) Abdomen

Pemeriksaan pada abdomen yaitu: posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih (Saifuddin, 2014).

i) Genetalia

Pengkajian perineum terhadap memar, oedema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, pemeriksaan tipe, kuntitas, dan bau lochea. Pemeriksaan anus terhadap adanya hemoroid. (Nugroho, 2014). Lochea aslah eksresi cairan rahim selama masa nifas dan

mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Dewi, 2014).

- a) Lochea rubra atau merah : lochea ini muncul pada hari I sampai hari ke 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium (Wulandari, 2010).
- b) Lochea sanguinolenta : cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum (Maritalia, 2014).
- c) Lochea serosa : lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan atau leserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum (Maritalia, 2014).
- d) Lochea alba : lochea ini mengandung leukosit, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum (Wulandari, 2010).

j) Ekstremitas

Flagmasi alba dolens yang merupakan salah satu infeksi puerpelais 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).

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Hb (hemoglobin) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut: hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut Hb $\geq$ 11g% tidak anemia, Hb 9-10g% anemia ringan, Hb 7-8g% anemia sedang, Hb <7g% anemia berat (Manuaba, 2010).

**2. Diagnose kebidanan**

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuahn kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut :

1. Dignosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnose kebidanan

PAPIAH hari..... postpartum normal dengan keadaan umum baik atau tidak (Sulistyawati, 2009). PAPIAH, postpartum hari ke...., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney et al, 2010).

### 3. Perencanaan

Diagnose : PAPIAH post partum hari ke..... laktasi lancar, lokea noram, involusi normal, keadaan psikologi baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pengembangan payudara (Sulistyawati, 2009).

Tujuan :

Masa nifas berjalan dengan normal tanpa ada komplikasi bagi ibu dan bayi

Kriteria hail :

- (1) Kedaan umum baik:kesadaran compomentis
- (2) Kontraksi uterus baik (Bundar dank eras)
- (3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah	:110/70 mmHg
Nadi	:60-80x/menit
Suhu	:36-37,5°C
Pernafasan	:16-24x/menit

(4) Laktasi normal

Laktasi ASI dibedakan menjadi 3 yaitu :

- a) Kolostrum adalah cairan pertama kali di sekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- b) ASI transisi atau peralihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh, warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- c) ASI matur yaitu ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relative konstan tidak menggumpal bila dipanaskan (Sulistyawati, 2009).

(5) Involusi uterus

Involusi uteri adalah proses kembalinya uterus ke ukuran dan bentuk seperti sebelum hamil yang tidak sempurna.

Subinvolusi merupakan kegagalan uterus untuk mengikuti pola normal involusi, dan keadaan ini merupakan salah satu dari penyebab umum perdarahan pasca persalinan (Rahayu, 2016)

Tabel 2.13

## Perubahan uterus selama postpartum

Waktu	TFU	Bobot	Diameter	Serviks
Pada akhir persalinan	Setinggi pusat	900-1000 gram	12,5 cm	Lemut atau lunak
12 jam	Sekitar 12-13cm dari atas symphysis atau 1 cm dibawah pusat/ sepusat	-	-	-
3 hari	3cm dibawah pusat selanjutnya turun 1 cm/ hari	-	-	-
Hari ke-7	5-6cm dari pinggir atas symphysis atau pertengahan pusat dan symphysis	450-500 gram	7,5 cm	2 cm
Hari ke-14	Tidak teraba	200 gram	5.0 cm	1 cm
Hari ke-40	Normal	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Sumber : (Rahayu, 2016)



(6) Locea normal

Lochea rubra(kurenta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3, berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7 sampai ke -14, berwarna kekuningan. Lochea alba, keluar setelah hari ke-14 berwarna putih (Manuaba, 2010).

a) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saiffudin, 2009).

b) Anjurkan untuk menyusui bayinya

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi atau zat dari makanan atau minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saiffudin, 2009).

c) Jelaskan pada ibu mengenai senam pascapersalinan (senam nifas).

R /latihan yang tepat untuk memulihkan/ mengembalikan keadaan tubuh secara fisiologis dan psikologis.

d) Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R/ dengan diberikan konseling KB diharapkan ibu dapat segera ber KB sehingga dapat membantu kesejahteraan ibu dan anak serta menurunkan angka kematian ibu.

e) Anjurkan ibu untuk mengimunisasikan bayinya

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012).

Kemungkinan masalah :

1) Masalah 1 : Konstipasi

Tujuan :

Dengan adanya penyuluhan ini konstipasi berkurang

Kriteria hasil :

Ibu bisa BAB dengan lancar

Intervensi :

(a) Jelaskan fisiologis konstipasi yang dialami ibu

R/ konstipasi terjadi karena adanya otot usus mengalami karena lemahnya gerakan peristaltic usus yang disebabkan oleh proses persalinan.

(b) Anjurkan ibu untuk minum air putih minimal 8 gelas/hari

R/cairan dapat memperlancar kerja peristaltic usus.

(c) Anjurkan ibu segera BAB bila terasa.

R/Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

(d) Anjurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan, serta makan makanan tinggi serat.

R/cairan yang cukup dapat mencegah terjadinya dehidrasi dan makanan berserat dapat memperlunak feses.

- (e) Anjurkan ibu untuk minum cairan hangat (terutama ketika perut kosong)

R/Dengan minum air hangat dapat merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang BAB (Sulistyawati, 2009).

2) Masalah 2 : Retensi urine

Tujuan :

Setelah dilakukan penyuluhan masalah retensi urine dapat teratasi.

Kriteria hasil :

Ibu bisa BAK setelah 2 jam postpartum intervensi

Intervensi :

- a) Lakukan pemasangan kateter tetap selama 24 jam

R / kandung kemih yang penuh dapat menekan uterus sehingga mengganggu uterus berkontraksi.

- b) Lakukan *bardertraining* dengan langkah-langkah yaitu :

- (1) Berikan edukasi kepada klien tentang pentingnya eliminasi BAK spontan setelah melahirkan.

R/ retensio urin pada masa nifas dapat mempengaruhi aktifitas sehari-hari aktifitas menyusui karena ibu akan merasa tidak nyaman melakukan aktifitas dan nyeri perut bagian bawah karena kandung kemih yang penuh dan menyebabkan sub involusi uterus.

(2) Berikan air minum

R/ hal ini dimungkinkan dengan adanya asupan cairan dapat menstimulasi kerja ginjal, sehingga akan timbul keinginan ibu postpartum untuk berkemih.

(3) Ukur tanda-tanda vital dan *bladder training* dimulai dari 2 jam postpartum.

R/ hal ini dikarenakan perlu kondisi yang stabil untuk turun dari tempat tidur dan mengikuti program *bladder training*. Untuk mempercepat pemulihan kondisi setelah melahirkan diperlukannya ambulasi dini dan berkemih setelah 2 jam post partum untuk menghindari terjadinya perdarahan postpartum.

(4) Bawa klien ke toilet untuk BAK dengan posisi duduk dan menyiram perineum dengan air hangat.

R/ hal ini dimungkinkan untuk merelaksikan kandung kemih sehingga ibu postpartum dapat berkemih dengan nyaman

- (5) Buka kran air maksimal 15 menit dimulai sejak klien berada dit toilet

R/ hal ini merupakan stimulus yang dapat mempercepat berkemih

- (6) Observasi apakah sudah BAK atau belum

R/ hal ini dimungkinkan untuk mengetahui kemampuan ibu berkemih setelah melahirkan dalam batas normal atau terdapat masalah setelah melahirkan.

- (7) Ulang *bolder training* setiap 2 jam bila belum bisa BAK.

R/ Hal ini dimungkinkan untuk melihat perkembangan berkemih dalam setiap 2 jam

(Utami dkk, 2014) .

- 3) Masalah 3 : Nyeri pada luka jahitan

Tujuan :

Rasa nyeri teratasi setelah diberikan asuhan.

Kriteria hasil :

Rasa nyeri ibu berkurang, dan aktifitas ibu tidak terganggu.

Intervensi :

(1) Observasi luka jahitan perineum

R/untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

(2) Anjurkan ibu mandi menggunakan air hangat

R/ mandi air hangat dapat merelaksasikan otot-otot perinium sehingga dapat mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

(3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar

R/ibu melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

(4) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg setiap jam bila perlu)

R/meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang (Purwanti, 2012).

4) Masalah 4 : kram perut atau *after pain*

Tujuan :

Masalah kram perut teratasi

Kriteria hasil :

Rasa nyeri berkurang dan aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi :

(1) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin agar tidak penuh

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

(2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi terlengkup dan bantal dibawah perut

R/ posisi ibu menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

(3) Berikan analgesic bila perlu (paracetamol, asam mefenamat)

R/meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga mengurangi rasa nyeri (Suherni, 2009).

5) Masalah 5 : pembengkakan payudara

Tujuan :

Masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria hasil :

Payuda tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi :

(1) Anjurkan ibu 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 disalah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak.

- (3) Anjurkan ibu untuk memberikan kopres hangat

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang dan bengkak berkurang.

- (4) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan nyeri yang dialami.

- (5) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui.

R/ kompres dingin dapat membuat otot-otot payudara berkontraksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- (6) Lakukan pengeluarn ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh.

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara

(Manuaba, 2010).



#### 4. Implementasi

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidenc based* kepada klien / pasien dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2009). Dengan kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritua-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan keluarga (*inform consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuahn berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien atau pasien
- 5) Menjaga privacy klien atau pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegah infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi pasien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, saran dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melaksanakan tindakan yang sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

#### 5. Evaluasi

Merupakan keefektifannya dari asuhan yang diberikan ulan lagi proses manajemen dengan benar terhadap semua aspek asuhan

diberikan namun belum efektif merencanakan kembali yang belum terencana (Rukiyah dkk, 2011).

## 6. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomer 938/Menkes/SK/VII/2009 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan kejadian yang ditemuakn dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang telah tersedia
- b) Dituis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP :
  - S : merupakan data subyektif, mencatat hasil anamnesa
  - O : merupakan data obyektif, mencatat hasil anmnesa
  - A : merupakan hasil analisa, mencatat seluruh perencanaan dan masalah kebidanan
  - P: merupakan penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakuakn seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif penyuluhan, dukungan, dan rujukan.

## 2.2.4. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

### 1. Pengkajian Data

#### A. Data Subyektif

##### 1) Identitas bayi dan orang tua

Identitas ini sangat penting dalam menghindari bayi tertukar, sebelum penyerahan bayi gelang identitas tidak boleh dilepas (Manuaba, 2012).

##### 2) Keluhan utama

Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada hari.....tanggal....jam WIB (Jenny, 2013). Keluhan pada bayi baru lahir yaitu :

##### a) Hipotermi

Suhu normal pada bayi baru lahir adalah 36,5-37,5°C (suhu ketiak). Gejala awal hipotermi yaitu apabila suhu dibawah 36°C atau kedua kaki tangan teraba dingin, maka bayi mengalami hipotermi sedang (suhu 32-36°C) jika suhu tubuh kurang dari 32°C maka bayi mengalami hipotermi berat (Sulis D, 2017).

##### b) Hipoglikemia

Konsentrasi glukosa darah bayi lebih rendah disbanding konsentrasi rata-rata pada populasi bayi dengan umur dan BB sama(lebih dari 30mg% pada bayi cukup bulan dan kurang dari 20mg% pada bayi BBLR (Sulis, 2017).

c) Seborrhea

Terjadi suatu peradangan pada kulit bagian atas, yang menyebabkan timbulnya sisik pada kulit kepala, wajah dan pada bagian tubuh lainnya. Biasanya, terjadi secara perlahan-lahan dan tidak terlihat oleh mata proses pergantian sel-sel kulit kepala (Sudarti dkk, 2010).

d) Icterus

Merupakan penyakit kuning pada kulit atau organ lain, akibat peningkatan bilirubin. Icterus dibagi menjadi dua yaitu ikterus fisiologis dan icterus patologis. ikterus fisiologis apabila kadar bilirubin indirek tidak melebihi 10mg%, pada neonatus cukup bulan 12,5mg% pada neonatus kurang bulan, sedangkan icterus patologis terjadi pada 24 jam pertama konsentrasi bilirubin serum 12,5mg% pada neonatus cukup bulan atau 10mg% pada neonatus kurang bulan (Sulis, 2017).

e) Muntah dan gumoh

Merupakan gangguan dalam sistem integument yaitu suatu gangguan yang berhubungan dengan jaringan penutup permukaan tubuh, seperti membrane mukosa dan kulit, yang sering terjadi dan bersifat relative ringan. Meskipun sifatnya relatife ringan, gangguan ini sering dialami oleh bayi dan anak. apabila tidak ditangani secara serius. maka dapat memperburuk kondisi kesehatan bayi dan anak.

## f) Miliriasis

Merupakan dermatosis yang disebabkan oleh retensi keringat akibat tersumbatnya pori kelenjar keringat. Miliriasis ini disebut juga sudamina, biang keringat, keringat buntet, ikat tropikus, pickle heat. Miliriasis merupakan dermatosis yang disebabkan oleh retensi keringat akibat tersumbatnya pori kelenjar keringat (Vivian, 2010).

## g) Diaper rash

Akibat radang di daerah yang tertutup popok menimbulkan kelainan kulit, yaitu di alat kelamin, sekitar dubur, bokong, lipatan paha dan perut bagian bawah. Penyakit ini sering terjadi pada bayi dan balita yang menggunakan popok, biasanya pada usia kurang dari tiga tahun, paling banyak usia 9-12 bulan (Rukiyah dkk, 2010).

## h) Oral trush

Sariawan (stomatitis) merupakan radang pada rongga mulut (bibir dan lidah) yang disebabkan hygiene (Kumalasari, 2010) oral trush merupakan lapisan atau bercak-bercak putih kekuningan yang timbul di lidah yang dikelilingi oleh daerah kemerahan (Rukiyah dkk, 2010).

3) Riwayat antenatal

Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak, sejak hamil berapa minggu, tempat melakukan ANC dan riwayat kehamilannya (Winkjosastro, 2009).

4) Riwayat natal

Usia gestasi pada usia kehamilan, lama persalinan, presentasi janin, dan rute kelahiran harus ditinjau ulang pecah ketuban lama, demam pada ibu dan cairan amnion yang berbau merupakan faktor resiko signifikan untuk para predictor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna meconium meningkatkan resiko penyakit pernafasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesic, anestetik, magnesium sulfat, dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomalia neonatus (Walsh, 2012).

5) Riwayat post natal

Harus ditinjau ulang untuk riwayat bayi dari sejak lahir termasuk dari pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menangis. Tanda vital, medikasi yang diberikan terhadap bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Wals, 2012).

6) Imunisasi tetanus toksoid (TT)

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi segera setelah lahir menggunakan *uninject* (Varney dkk, 2008).



Tabel 2.14  
Jadwal pemberian  
Imunisasi

Umur	Vaksin	Keterangan
Saat lahir	Hepatitis B-1	Harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan ketika bayi berusia 1 dan 6 bulan.
	Polio-0	Diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RS/RB, polio oral diberikan saat bayi dipulangkan (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepala bayi lain).
1 bulan	Hepatitis B-2	Diberikan saat bayi berusia 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan. Bila bayi premature dan HbsAg ibu negative, maka imunisasi BCG dapat diberikan.
0-2 bulan	BCG	Dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG diberikan setelah ketika bayi berusia lebih dari 3 bulan, maka sebaiknya dilakukan uji tuberculin terlebih dahulu, jika hasil uji negative maka imunisasi BCG dapat diberikan.
2 bulan	DPT-1	Diberikan ketika bayi berusia lebih dari 6 minggu
	Polio-1	Dapat diberikan bersamaan dengan DPT-1, interval pemberian polio 2,3,4 tidak kurang dari 4 minggu
4 bulan	DPT-2	Diberikan bersamaan dengan DPT-2
	Polio-2	Diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-3
6 bulan	DPT-3	Diberikan terpisah tidak dikombinasikan dengan Hib-3
	Polio-3	Diberikan bersamaan DPT-3
	Hepatitis B-3	Hb-3 diberikan saat bayi berusia 6 bulan untuk mendapatkan respons imun optimal, interval minimal 2 bulan tetapi terbaiknya 5 bulan
9 bulan	Campak	Campak diberikan ketika bayi berusia 9 bulan.

Sumber : (Dewi, 2010)



## 7) Pola kebiasaan sehari-hari

### a) Nutrisi

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

### b) Eliminasi

#### (a) Buang Air Kecil

BAK bayi normalnya mengalami berkemih 7 sampai 10 kali perhari, untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam.

#### (b) Buang air besar

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama disebut meconium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lender dan sel epitel (Marni, 2012).

### c) Istirahat dan tidur

Bayi baru lahir sampai 3 bulan rata-rata bayi tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia

3 bulan. Jumlah waktu tidur bayi berkurang seiring dengan bertambahnya usia bayi (Marni, 2012).

d) Personal hygiene

Bayi ditunda dimandikan 4 sampai 6 jam setelah kelahiran, setelah bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi yang sangat rentan untuk mengering. Mencuci rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putong tali pusat terbuka ke udara. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah (Walsh, 2012). Perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum melakukan perawatan pada tali pusat (Saifuddin, 2014).

e) Aktivitas

Bayi yang 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 (Saifuddin, 2014).

f) Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di depan pola tidur yang lebih baik (Saifuddin, 2009). Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun.

Jauh dan pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Freser dkk, 2009).

## **B. Data obyektif**

### 1) Keadaan Umum

Composmentis (kesadaran penuh dan respon cukup terhadap stimulasi yang diberikan). Apatis (acuh tak acuh terhadap sekitar), somnolen (kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, selalu tidur, tidak responsif terhadap rangsangan ringan dan masih memberi respon terhadap rangsangan yang kuat), koma (anak tidak dapat merespon terhadap rangsangan apapun), delirium (tingkat kesadaran paling bawah) (Musliatun, 2010).

### 2) Tanda-tanda vital

#### a) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak. Suhu bayi baru lahir dapat dikaji diberbagai tempat dengan jenis thermometer yang berbeda-beda (Saifuddin, 2014).

#### b) Pernafasan

Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernafasan 30-50 kali permenit (Saifuddin, 2014).

c) Nadi

Frekuensi denyut jantung bayi 120-160 kali permenit ketika istirahat (Walsh,2012). Denyut jantung bayi baru lahir normal 100-160 kali permenit (Muslihatun, 2010). Bila lebih dari 160 kali permenit maka (takhiardia) merupakan tanda infeksi, hipovolemia, hipotermi. Bila k badan kurang dari 100 kali permenit(Brakikardia) merupakan tanda bayi cukup bulan sedang tidur atau kekurangan O<sub>2</sub> (Kumalasari, 2015).

3) Antromometri

a) Berat Badan

Berat badan harus dipantau setiap hari. Jika terjadi penurunan pada 3 hari pertama merupakan hal normal ini karena pengeluaran air kencing dan mekonium dan berat badan akan naik pada hari ke 4. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2014).

b) Panjang badan

Diukur dari ubun-ubun sampai tumit bayi, posisi terlenatang, sendi lutut dan panggul harus ekstensi penuh. Normal 53-53 (Kumalasari, 2015).

c) Ukuran kepala bayi baru lahir

1) Ukuran kepala

(a) Diameter suboksipito-bregmatikus : 9,5-10 cm

(b) Diameter oksipito-frontalis : 11-12 cm

(c) Diameter oksipito-metalis : 13,5-15cm

(d) Diameter submento-bregmatika : 9,5-10cm

(e) Diameter biparietalis : 9,5-10cm

(f) Diameter bitemporalis : 8-10cm

(g) Sirkumferensia suboksipito - : 33-34cm

bregmatika:

(h) Sirkumferensia submento – : 32-33cm

Bregmatikus

(i) Sirkumferensia oksipito frontalis : 33-35cm

(j) Sirkumferensia mento-oksipitalis : 34-35,5cm

2) Lingkar dada : untuk mengetahui keterlamabatan pertumbuhan (normal 33-35 cm)

3) Panjang badan: normal (48-50cm)

4) Berat badan : normal (2500-4000gr)

(Winkjosstro, 2009).

5) Pemeriksaan fisik

a) Kepala

Untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal raba sepanjang garis sutura dan fontanel. Satuan yang berjarak

lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrocephalus. Periksa adanya trauma kelahirannya seperti : *caput sukcedaneum* (cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berflugtuasi tetapi bersifat edema tekan), *cepal hematoma* (ciri-cirinya yaitu pada perabaan teraba adanya flugtuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari ke dua dan ke tiga). Perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya (Marmi, 2012).

b) Mata

Supaya mata bayi terbuka goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan. Periksa jumlah posisi atau lemak mata. Periksa adanya strabismus adalah koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glukoma konginetal, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan kongjuntiva. Periksa adanya secret pada mata, kongjuntivitas oleh kuman gonokokus dapat menjadi panoftalmia dan menyebabkan kebutaan (Marmi, 2012).

## c) Hidung

Pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm, kaji bentuk dan lebar hidung. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2012).

## d) Mulut

Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral thrush* (Marmi, 2012). Tidak ada sumbing (skizis), reflek menghisap kuat, salifa berlebihan dikaitkan dengan *visula* atau atreksia trakeosofagus (Walsh, 2012).

## e) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan dibagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi, 2012).

## f) Dada

Pemeriksaan kesimetrisan gerkan daad 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 intercostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012).

## g) Abdomen

Perut harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen yang membuncit kemungkinan karena hepatosplenomegali atau humor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2012).

## h) Punggung

Melihat adanya benjolan atau tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saiffudin, 2014).

## i) Genetalia

## (1) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu.

Pada bayi cukup bulan labia mayora menutupi labio minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2012).

## (2) Laki-laki

Panjang penis laki-laki 3-4 cm dan lebarnya 1-1,3 cm. periksa lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik



karena menyebabkan fimosis. Pemeriksaan adanya hipospadia dan epispadia (Marmi, 2012).

j) Anus

Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya. Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya mekonium plug syndrome, megokolon atau obstruksi saluran cerna (Marmi, 2012).

k) Ekstremitas

Kedua lengan sama panjang, kedua lengan harus bebas bergerak, jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili dan sindaktili (Rukiah, 2010).

6) Pemeriksaan neurologis

(a) Releks berkedip (*glabella reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara pelan maka bayi akan mengedipkan mata, pada empat sampai lima ketukan pertama (Marmi, 2012).

(b) Reflek mencari (*rotting reflex*)

Ketika pipi bayi disentuh bayi akan menoleh kearah stimulasi dan membuka mulutnya (Marmi, 2012).

(c) Reflek menghisap (*sucking reflex*)

Berikan puting susu menyentuh mulut bayi dan langit bagian dalam gusi atas maka akan timbul isapan yang kuat dan cepat (Marmi, 2012).

(d) Reflek menelan (*swallowing reflex*)

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

(e) Reflek melangkah (*stepping reflex*)

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

(f) Reflek terkejut (*moro reflex*)

Ketika bayi dikagetkan maka bayi akan kaget dan menunjukkan respon berupa memeluk dengan abduksi dan ekstensi dari ekstremitas atas yang cepat dan diikuti dengan abduksi yang lebih lambat yang kemudian timbul dengan abduksi. Reflek ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum (Marmi, 2012).

(g) Reflek menoleh (*tonic neck reflex*)

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

(h) Reflek menggengam (*grapping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah obyek misalnya jari respon bayi berupa menggengam dan memegang dengan erat (Marmi, 2012).

(i) Reflek Babinski

Goresan telapak kaki dimulai dari tumit gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki ketika telapak kaki bayi tergores bayi akan menunjukkan respon berupa jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012).

(j) Refleks ekstruksi

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

(k) Reflek merangkak (*crawling reflex*)

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dari kaki bila diletakkan terlungkup pada permukaan datar (Marmi, 2012).

## 2. **Diagnosis kebidanan**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian,

menginterpretasikanya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan kriteria:

- 1) Diagnose sesuai dengan nomenkatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai pasien
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnose kebidanan : Neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki atau perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliariasis, muntah gumoh, oral trush, diaper rash (Marmi, 2012).

### 3. Perencanaan

Diagnose :

neonatus usia 0-28 hari, jenis kelamin perempuan atau laki-laki, keadaan umum baik.

Tujuan :

bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterine ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik dan TTV

S : 36,5-37,5°C

N : 120-160X/menit

R : 40-60x/menit

- 2) Bayi menyusu kaut

3) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Walyani (2014) :

- (1) Beritahu ibu tentang hasil pemeriksaan.

R/ ibu mengetahui kondisi bayinya dan kooperatif dengan petugas.

- (2) Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai perubahan fisiologis pada bayi usia 1-28 hari.

R/ dengan diberikan penjelasan mengenai perubahan-perubahan fisiologis, ibu ammapu merawat bayinya.

- (3) Jelaskan kebutuhan dasar bayi baru lahir

R/ ibu dapat memenuhi kebutuhan dasar pada bayinya.

- (4) Jelaskan tanda bahaya bayi pada orang tua.

R/ jika ditemu tanda bahaya orang tua segera merujuk untuk perawatan lebih lanjut.

- (5) Ajarkan perawatan sehari-hari untuk bayi baru lahir kepada orang tua.

R/ orang tua mengerti cara perawatan bayi sehari-hari

- (6) Anjurkan ibu untuk melakukan kunjungan neonatal minimal 3x kunjungan yaitu : kunjungan ke 1 (KN 1) pada 6-48 jam, kunjungan ke 2 (KN 2) dilakukan pada 3-7 hari setelah bayi lahir, kunjungan ke 3 (KN 3) pada waktu 8-28 hari.

R/ untuk memantau keadaan neonatus.

### Masalah Potensial

1) Masalah 1 : Hipotermi

Tujuan : hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

a) Suhu bayi 36,5-37,5°C

b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh terasa dingin, denyut jantung bayi menurun, kulit tubuh bayi mengeras atau sklerema.

Intervensi menurut Marmi (2012) :

a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan peraskila atau kulit

R/ penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stress dingin.

b) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ dengan mengetahui tanda-tanda hipotermi dapat meminimalisir terjadinya kematian bayi akibat hipotermi.

c) 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.

2) Masalah 2 : Seborrhea

Tujuan : tidak terjadi seborrhea

Kriteria :

- a) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala
- b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe

Intervensi Marmi (2012) :

- a) Cuci kepala bayi menggunakan shampoo bayi lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi sebelum bekerja secara sempurna
- 3) R/ mencuci kepala bayi dapat menganti sel-sel kulit kepala secara perlahan sehingga seborrhea dapat teratasi
- b) Oleskan krim hydrocortisone

R/ krim hydrocortisone biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membersihkan kerak atau kotoran paad kepala bayi

4) Masalah 3 : Oral trush

Tujuan : oral trush tidak terjadi

Kriteria : mulut bayi tampak bersih

Intervensi Marmi (2012) :

a) Bersihkan mulut bayi setelah menyusui menggunakan air matang

R/ mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur candida albicans penyebab oral trush

b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan

R/ mematikan kuman sehingga kuman tidak berkembang biak dalam botol

c) Bila bayi menyusui ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui

R/ membersihkan puting susu sebelum menyusui dapat membersihkan kuman penyebab oral trush

5) Masalah 4 : muntah dan gumoh

Tujuan : bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum



Kriteria :

tidak muntah dan gumoh setelah minum serta bayi tidak rewel

Intervensi Marmi (2012) :

a) Sendawakan bayi setelah menyusui

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui

b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan

6) Masalah 5 : diaper rash

Tujuan : tidak terjadi diaper rash

Kriteria :

tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

intervensi menurut Marmi (2012) :

a) Perhatikan daya tampung dari popok, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru

R/ daya tampung berlebih dapat menyebabkan lembab di sekitar genitalia dan bisa menyebabkan oral thrush.

b) Hindari pemakaian popok yang terlalu sering, gubakan popok disaat mendesak atau dibutuhkan

R/ pemakaian popok terlalu sering menyebabkan bagian genetalia menjadi lembab sehingga bakteri tumbuh di sekitar genetalia.

- c) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan

R/ mencegah terjadinya kelembapan sehingga meminimalkan iritasi kulit dan bayi merasa nyaman.

- d) Bersihkan daerah genetalia dan anus bila bayi BAB atau BAK, jangan sampai ada bekas kotoran atau urin di kulit bayi

R/ kotoran dan cairan yang bercampur akan menghasilkan zat yang dapat menyebabkan peningkatan Ph kulit dan enzim dalam kotoran.

- 7) Masalah 6 : ikterik fisiologis

Tujuan : ikterik tidak terjadi

Kriteria :

Kadar bilirubin serum < 12,9 mg/dl dan kuningan pada kulit, mukosa, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sclera, dan urin, muncul pada hari ke 2 dan ke 3

Intervensi :

- a) Mengkaji faktor-faktor resiko

R/ riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamide, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

b) Mengkaji tanda dan gejala kliniks ikterik

R/ pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kenacng dan tidak adanya reflex moro merupakan tanda-tanda awal ensepalopati bilirubin (Kern icterus)

c) Berikan ASI segera mungkin dan lanjutan setiap 2-3 jam sekali

R/ mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebtuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney dkk, 2007).

d) Jemur bayi dibawah sinar matahari pagi antara jam 7-9 selama 10 menit

R/ menjemur bayi di matahari pagi sekitar jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyaa bilirubin

menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih diekskresikan

8) Masalah 7 : hipoglikemi

Tujuan : hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria :

- a) Kadar glukosa dalam darah  $\geq 45$  mg/dl
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letergi, pernafasan tidak teratur, apnea, sanosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi menurut Marmi (2012) :

- a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor resiko R/ bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stress karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk beresiko mengalami hipoglikemia.
- b) Kaji kadar glikosa darah dengan menggunakan strip kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1-2 jam setelah kelahiran

R/ bayi yang beresiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta sat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil.

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi

R/ tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut

d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang bersiko hipoglikemia

R/ pemberian ASI secara dini dapat meningkatkan kadar gula darah sehingga mencegah terjadinya hipoglikemia

e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat

R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi.

#### 4. Implementasi

Sesuai dengan masalah dan kebutuhan maka dilakukan implementasi dari rencana tindakan yang telah disusun, implementasi selalu diupayakan dalam waktu singkat, efektif, hemat dan berkualitas (Depkes, 2009) .

#### 5. Evaluasi

Menurut keputusan menteri kesehatan RI NOMER 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektivitasan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi pasien. Dengan kriteria :

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi pasien
- 2) Hasil evaluasi segera di catat dan didokumentasikan
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi pasien.

## 6. Dokumentasi

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria sebagai berikut :

- a) Pencatatan dilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang telah tersedia
- b) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP :

S : merupakan data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : merupakan data obyektif, mencatat hasil anamnesa

A : merupakan hasil analisa, mencatat seluruh perencanaan dan masalah kebidanan

P : merupakan 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 implemenatsi, evaluasi, dan dokumentasi

diatas dilakukan untuk semua asuhan yaitu : asuhan kebidanan pada kehamilan, asuhan kebidanan pada persalinan, asuhan kebidanan pada masa nifas, asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dan asuhan kebidanan pada keluarga berencana.

## **2.2.5. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana**

### **1. Pengkajian Data**

#### **A. Data Subyektif**

##### **a. Identitas**

##### **1) Nama**

Nama lengkap dan jelas, bila perlu nama panggilan sehari-hari agar dalam memberikan pelayanan tidak keliru (Ambarwati, 2010).

##### **2) Umur**

Wanita usia kurang dari 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20 sampai 35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia lebih dari 35 untuk mengakhiri kesuburan (Saifudin, 2013).

##### **3) Agama**

Digunakan untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan klien dalam berdoa (Ambarwati, 2010).

#### 4) Pendidikan

Masyarakat pendidikan semakin rendah maka semakin efektif menggunakan metode KB yang dianjurkan seperti : MOW atau MOP, suntikan KB, KB susuk, AKDR (alat kontrasepsi dalam Rahim) (Manuaba, 2012).

#### 5) Pekerjaan

Mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk atau mereka yang jadwalnya tidak diduga dalam metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik (Machtar, 2011).

#### 6) Alamat

Digunakan untuk mengetahui pasien tinggal dimana (Rahayu, 2017).

#### b. Keluhan utama

Keluhan utama pada ibu pasca persalinan yaitu :

- 1) Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
- 2) Usia lebih dari 35 tahun tidak ingin hamil lagi (Affandi, 2012).

#### c. Riwayat kebidanan

##### a) Haid

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu menandakan ibu sudah mulai subur kembali dan harus segera menggunakan metode KB yang lainnya (Saifuddin, 2010). Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010).



Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan insersi implant 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 saja (Affandi, 2012).

b) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui. Sedangkan pada klien menyusui, masa infertilitasnya lebih lama. Tetapi kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012). Pasien yang selama 3 bulan terakhir mengalami atau sering menderita abortusn septic tidak dapat menggunakan kontrasepsi IUD.

d. Riwayat kesehatan

a) Pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes militus diertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung dan stroke tidak diperbolehkan dalam penggunaan kontrasepsi hormonal (Affandi, 2012).

b) Tidak diperbolehkan menggunakan pil progestin pada klien yang memiliki penyakit stroke, penyakit jantung coroner, kanker payudara.

c) Pada ibu yang menderita tekanan darah  $<180/110$  mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit dapat menggunakan metode implant (Affandi, 2012).

d) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dapat memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011).

e) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (Vaginitis, servisititis) sedang mengalami atau menderita PRP atau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit reofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak diperbolehkan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012).

e. Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada aseptor, pasca penggunaan kotrasepsi jenis apapun (pil, implang, AKDR) tanpa alat kontrasepsi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2015).

f. Pola kebiasaan sehari-hari

a) Nutrisi

DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotaamus, yang dapat menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013).

b) Istirahat dan tidur

Gangguan tidur yang dialami ibu akseptor KB suntik sering disebabkan karena efek samping dari KB suntik seperti : mual, pusing, sakit kepala (Saiffudin, 2010).

c) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kemih karena relaksasi otot (Hartanto, 2013).

d) Seksual

Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menurunkan libido (Saiffudin, 2010).

e) Riwayat ketergantungan

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (rifampisin) atau obat epilepsy tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2012). Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko terjadinya miokard infark, stroke, dan keadaan trombo embolik (Hartanto, 2013).

## B. Data obyektif

### 1) Pemeriksaan umum

#### a) Keadaan umum

Mengamati keadaan umum pasien secara menyeluruh. Hasil pengamatan dilaporkan dengan kriteria :

##### (1) Baik

Pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain

##### (2) Lemah

Pasien kurang atau tidak memberikan respon baik terhadap lingkungan dan orang lain (Sulistyawati, 2009).

#### b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang pasien dapat dilakukan dengan pengkajian derajat kesadaran dari keadaan composmentis (kesadaran penuh) sampai coma (pasien tidak sadar sama sekali) (Sulistyawati, 2010).

#### c) Tanda-tanda vital

Metode pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Freser et all, 2009).

#### d) Pemeriksaan antropometri

##### (1) Berat badan

Permasalahan berat badan adalah efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Affandi, 2012). Umumnya pertambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertambahan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013).

##### 2) Pemeriksaan fisik

###### a) Muka

Timbul hirsutisme (tumbuh rambut atau bulu berlebihan di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sangat jarang terjadi (Affandi, 2012).

###### b) Mata

Penglihatan atau pandangan kabur adalah peringatan khusus untuk pemakai pil progestin. Akibat terjadi perdarahan hebat kemungkinan terjadinya anemia (Affandi, 2012).

c) Payudara

Terdapat benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012).

Keterbatasan pada penggunaan KB progestin dan impaln akan timbul nyeri pada payudara (Saiffudin, 2010). Kontrasepsi suntikan menambah resiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesterone termasuk payudara atau serviks, namun progesterone termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2012).

d) Abdomen

Peringatan khusus untuk pengguna implant bila disertai dengan nyeri perut yang hebat pada bagian bawah kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saiffudin, 2010).

e) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2012). Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (Spotting) atas menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012).

## f) Ekstremitas

Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012). Pada penggunaan implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah disertai nyeri pada lengan (Affandi, 2012). untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan pemeriksaan inspekulo dan bimanual untuk penapisan.

## 2. Diagnose kebidanan

PAPIAH Usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.... Tahun peserta KB belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorrhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervaginam, Prognosa baik.

## 3. Perencanaan

1. Diagnose :  $p \geq 1$ , umur 15-49 tahun, menggunakan kontrasepsi MAL/AKDR/Kontap/Kontrasepsi Progestin, keadaan umum baik tidak ada kontraindikasi untuk menggunakan kontrasepsi pasca salin, keadaan umum baik, prognose baik.

Tujuan : ibu menjadi peserta KB

Kriteria :

- 1) Ibu memilih alat kontrasepsi
- 2) Ibu menggunakan metode sesuai dengan pilihanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010) :

a) Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan

R/ ibu lebih percaya dan yakin sehingga ibu lebih kooperatif

b) Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman

KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)

R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien kita akan dapat membantu klien dengan apa yang akan dibutuhkan klien.

c) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi meliputi jenis keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi, kontraindikasi.

R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang diinginkan.

d) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R/ klien yang mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

e) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

R/ penggunaan alat kontrasepsi adalah kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien.

f) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.



R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

- g) Persilahkan untuk klien dan suami mengisi *informed consent*.

R/ setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan.

- h) Konseling yang diberikan pada pra pelayanan KB pasca salin meliputi cara kerja, cara penggunaan, keuntungan, kerugian, indikasi, kontraindikasi dan waktu penggunaan.

R/ jika ibu mendapatkan konseling sebelum pemakaian maka akan lebih mantap dalam pemakaian metode kontrasepsi

- i) Pelayanan pemakaian alat kontrasepsi yang sesuai dengan pilihan ibu.

R/ pelayanan yang baik bisa memberikan kenyamanan dan kepercayaan diri klien.

- j) Memberikan konseling pasca pelayanan kontrasepsi meliputi penyampaian efek samping penggunaan, yang harus dilakukan jika timbul keluhan dan jadwal control ulang.

R/ konseling pasca pelayanan ibu tidak akan khawatir jika ada efek samping dan kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

**Masalah Potensial :**

1. Masalah 1 : Amenorhea

Tujuan : Setelah asuhan ini diberikan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut Saiffudin (2010)

a) Kaji pengetahuan klien tentang amenorrhea

R/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien dan apakah pasien dapat menerima efek samping dari KB yang menyebabkan amenorhea

b) Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/ dengan adanya penjelasan perubahan fisiologis pada KB yang ibu gunakan, ibu merasa tenang dengan kondisi yang dialami

c) Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk

R/ Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada penggunaan KB.

2. Masalah 2 : perdarahan bercak atau spotting

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : keluhan ibu terhadap masalah bercak atau spotting berkurang

Intervensi menurut Saifuddin (2010)

a) Jelaskan bahwa perdarahan bercak atau spotting efek KB hormonal dan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R/ klien dapat memahami dan mengerti kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal yaitu terjadinya perdarahan bercak atau spotting

b) Dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan lagi.

R/ klien bebas memilih kontrasepsi yang sesuai dan tanpa kontraindikasi

3. Masalah 3 : kenaikan berat badan

Tujuan :

setelah diberikan asuhan, ibu tidak khawatir lagi dengan kenaikan berat badannya

kriteria :

keluhan ibu dengan masalah kenaikan berat badan berkurang

intervensi menurut Dyah dkk (2011) :

a) Jelaskan pada ibu bahwa kenaikan berat badan dalam penggunaan KB hormonal itu wajar

R/ kenaikan berat badan dipengaruhi oleh ketidakseimbangan hormone yang menyebabkan percepatan metabolisme dan sukarnya tubuh menyerap air

b) Anjurkan ibu untuk mengurangi porsi makan

R/ mengurangi porsi makan mencegah penumpukan lemak dalam tubuh

c) Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga

R/ dengan olahraga lemak dalam tubuh akan terbakar menjadi energi

d) Anjurkan ibu untuk mengganti kontrasepsi lain jika ibu merasa tidak nyaman dengan efek yang ditimbulkan KB hormonal

R/ klien bebas memilih kontrasepsi yang sesuai dan tanpa kontraindikasi serta memberikan kenyamanan pada akseptor KB

4. Masalah 4 : perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Dyah (2010)

a) 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 porsio, apabila klien memiliki riwayat anemia maka dalam proses pembekuan darah akan sedikit sulit.

b) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan

R/ mengetahui penyebab perdarahan.

c) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri nosteroidal antiinflamatori (NSAID, seperti ibuprofen) selama 5-7 hari.

R/ pemberian NSAID dalam meningkatkan nyeri dan mencegah perdarahan.

d) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR

R/ memberikan kenyamanan pada penggunaan akseptor KB.

5. Masalah 5 : Pusing

Tujuan : setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaanya

Kriteria : mengerti efek samping dari KB hormonal dan tidak merasa pusing

Intervensi menurut saifuddin (2010):

a) Kaji keluhan pusing klien

R/ membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan

b) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing adalah efek samping dari KB hormonal dan bersifat sementara

R/ akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal dan bersifat sementara.

c) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

#### 4. Implementasi

Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidenc based* kepada klien / pasien dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan (Kepmenkes RI, 2009). Dengan kriteria :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritua-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan keluarga (*inform consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien atau pasien
- 5) Menjaga privacy klien atau pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi pasien secara berkesinambungan
- 8) Menggunakan sumber daya, saran dan fasilitas yang ada dan sesuai
- 9) Melaksanakan tindakan yang sesuai standar
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

## **5. Evaluasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI NOMER 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektivitasan dari asuahn yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria :

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- 2) Hasil evaluasi segera di catat dan didokumentasikan
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjut sesuai dengan kondisi klien

## **6. Dokumentasi**

Menurut keputusan Menteri Kesehatan RI Nomer 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melakukan asuhan pada formulir yang telah tersedia
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP :



S : merupakan data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O : merupakan data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A : merupakan hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

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

